

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE ADICCIÓN Y VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

Lorena Giménez Manrique
Dirigido por:
María Teresa Cortés Tomás
Pilar Piera Tarazona

ÍNDICE

Introducción_____	6
Objetivos y contenidos del estudio_____	18
1. Elaboración del instrumento de evaluación_____	19
Fase A. Revisión de fuentes documentales_____	18
▶ Características de las mujeres drogodependientes_____	21
▶ Variables a incluir en la evaluación conjunta de Adicción y Violencia contra las mujeres_____	28
▶ Instrumentos de evaluación revisados_____	63
Fase B. Protocolo de evaluación de necesidades propuesto_____	68
▶ Desarrollo de ítems_____	68
▶ Evaluación ítems_____	84
▶ Modificaciones_____	84
2. Aplicación del instrumento de evaluación: Estudio piloto_____	88
▶ Participantes_____	88
▶ Procedimiento_____	89
▶ Análisis_____	90
▶ Resultados_____	91
Conclusión- Discusión_____	106
Referencias_____	118
Anexo 1. Recopilación y clasificación de diferentes ítems de escalas revisadas_____	135
Anexo 2. Tabla de registro de consumo de drogas_____	154

INTRODUCCIÓN

La violencia contra las mujeres¹, definida en la *“Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer”* (ONU, 1994) engloba *“todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”*.

Como se aprecia en esta definición, la violencia contra las mujeres abarca un amplio rango de manifestaciones que incluye todo tipo de violencia ejercida contra ellas a lo largo del ciclo vital, desde el abuso sexual en niñas o la prostitución infantil, pasando por la violencia dentro de la pareja o familia, o la intimidación sexual en el trabajo hasta el homicidio de viudas o suicidio forzado de las mismas, entre otras. Además, quedan clara y explícitamente definidos los diferentes contextos donde se produce, desde el entorno familiar más cercano hasta el nivel comunitario en general, instituciones educativas y otros ámbitos, incluyendo la violencia institucional, perpetrada o tolerada por el Estado.

A nivel mundial, es la violencia enmarcada en el contexto de la pareja² la forma más común (ONU, 2006) y visible, tanto en nuestro entorno inmediato como a nivel de investigación científica. En el estudio llevado a cabo por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2005, en el que se evaluó a 24.000 mujeres de 10 países (entre los que no se encontraba España), entre el 20% y el 75% de las participantes habían sufrido maltrato psicológico por parte de su pareja o ex –pareja, en algún momento de su vida; entre el 13% y el 61% maltrato físico y entre el 6% y el 59% violencia sexual.

¹ También denominada “violencia de género” y “malos tratos” en este documento.

² Parejas heteroafectivas

En España, los datos extraídos de la última Macroencuesta de Violencia de Género (2011), señalan que un 10,9% del total de entrevistadas (8.000 mujeres) refirió haber sufrido violencia de género alguna vez en la vida (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2011). Otro dato oficial que refleja la magnitud del problema, es el número de víctimas mortales por violencia de género en nuestro país, que se cifra en 61 personas para el año 2011, lo que supone un descenso con respecto al año anterior -73 víctimas en el año 2010- (IV Informe Estatal del Observatorio sobre la Violencia de Género, 2011).

Otras organizaciones, como la Red Feminista contra la violencia hacia las mujeres, aportan cifras de víctimas de otras manifestaciones de violencia de género. Durante el año 2011, un total de 13 mujeres fallecieron por violencia familiar (no relacionada con la pareja), cuatro por agresión sexual y tres por trata de mujeres y prostitución (Red Estatal de Organizaciones Feministas contra la Violencia de Género, 2012).

Por lo que respecta al acoso laboral, aunque puede ser sufrido tanto por varones como por mujeres, son estas últimas las que se convierten en la principal víctima debido *“a la clara situación de inferioridad en el mercado laboral respecto a los varones, por su inestabilidad en el empleo y su subordinación jerárquica profesional”* (Instituto de la Mujer, 2006). Así, en la encuesta llevada a cabo por el Instituto de la Mujer (2006), el porcentaje de mujeres trabajadoras en España que habían sufrido alguna situación de acoso sexual en el último año era del 14,9% (“acoso técnico”: a pesar de no considerarse a sí mismas como maltratadas, sí presentaban indicadores de maltrato). Sin embargo, el porcentaje se reducía hasta el 9,9% entre las que percibían haber sufrido acoso sexual (“acoso declarado”).

El conjunto de estos datos evidencian una realidad que forma parte del sistema patriarcal que sigue vigente en la sociedad actual (Blázquez y Moreno, 2008; García, 2004; Hué, 1994). Este sistema se compone por una estructura social que crea y mantiene una situación en la que los varones tienen mayor poder y privilegios que las mujeres, y por una ideología o conjunto de creencias que legitima y mantiene el poder y la autoridad de los varones sobre las mujeres, y justifica la violencia con aquellas mujeres que no cumplen con los estereotipos tradicionales asociados a ellas (las mujeres son consideradas como “naturalmente” destinadas a la vida privada-doméstica, a la maternidad y al cuidado de la familia, y se les asigna toda una serie de rasgos que definen cómo deben ser y comportarse: complacientes, obedientes, sumisas, calladas, atentas a los deseos de los demás, desconfiar de sus propias cualidades, elegir ciertas profesiones feminizadas,...) (Bosch, Ferrer y Alzamora, 2006).

De este modo, se considera que la falta de equidad entre los géneros en cuanto a status y poder, y la dominación masculina conforman las raíces del problema de la violencia contra las mujeres (Bourdieu, 2000; Expósito y Moya, 2005; Ferrer, Bosch, Ramis y Navarro, 2006; Gerber, 1995; Morilla, 2001; Saltzman, 1992). Estas claras relaciones asimétricas entre varones y mujeres, convierte a las mujeres, simplemente por el hecho de serlo, en el principal factor de riesgo para ser objeto de violencia (Altell, 2011; Castaño, 2009; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

Las creaciones culturales que se imponen a las personas como modelos ideales son incorporadas por cada uno/a bajo la forma de un ideal de yo que orienta el comportamiento, la autoestima de varones y mujeres, quedando tanto la percepción de sí mismos/as como sus metas y aspiraciones regulados por dichos ideales (Castaños, Meneses, Palop, Rodríguez y Tubert, 2007). Como señalan Tajfel y Turner (1986), la

identidad social es definida como parte del autoconcepto, que se deriva de la percepción de su pertenencia a una categoría social (Instituto Adicciones Madrid Salud, 2005). No hay que olvidar que el autoconcepto refleja la imagen que una persona tiene de sí misma, y que esta imagen se conforma por sus propias expectativas y las que los demás tienen de ella.

Las expectativas de conducta, los papeles asignados, el rol tradicionalmente ocupado por las mujeres, y la sanción que resulta de la ocurrencia de determinados comportamientos que no se ajustan a estas expectativas, son elementos muy presentes en el ámbito de las drogodependencias (Arostegui y Urbano, 2004).

Así, las mujeres drogodependientes se alejan del ideal de mujer compartido socialmente y se convierten en transgresoras de las expectativas de rol de género. Esto produce una valoración social más negativa que la que se produce ante varones drogodependientes, generando un mayor estigma social hacia ellas (Bolaños, 2012; Castaño, 2009; Junta de Castilla y León, 2010).

Además, ser mujer y consumir drogas son dos factores que incrementan la vulnerabilidad de sufrir violencia (Blanco, 2007; Meneses, 2002). Si observamos la incidencia de violencia de género y consumo de sustancias, podemos afirmar que son dos fenómenos que se dan en una gran proporción de mujeres que acuden a la red asistencial de drogodependencias. El estudio llevado a cabo por la Asociación de Entidades de Centros de Día de Dependencias (2010) mostró que el porcentaje de mujeres que había vivido, a lo largo de su vida, una situación de violencia dentro de las relaciones familiares o de pareja era del 64,2%. Así mismo, el 53% de estas víctimas, habían sido maltratadas por su pareja y el 21% por sus padres (Amor, et al., 2010).

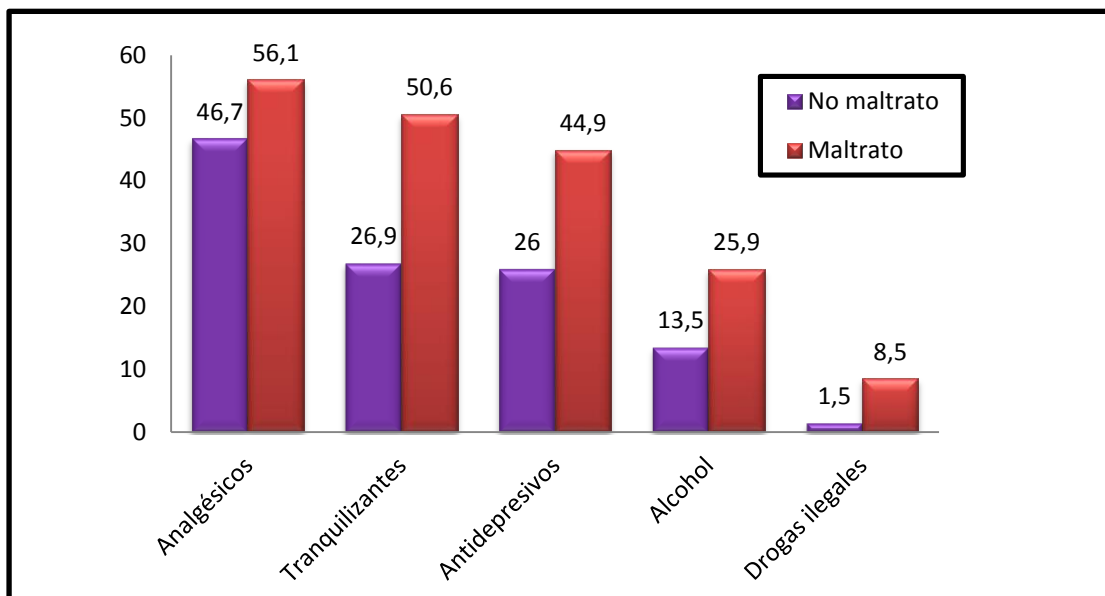
Si comparamos la incidencia entre consumidoras y no consumidoras en cuanto al abuso sexual y malos tratos, observamos que el porcentaje de mujeres drogodependientes (69%) es muy superior que el de la población de mujeres general (20%-25%) (Farapi Antropologia Aplikatua, 2007; Llopis, Castillo, Rebollida y Stocco, 2005).

Por otro lado, uno de los problemas de salud asociados a la violencia en el ámbito de la pareja es el alcoholismo y la drogodependencia (Golding, 1999; McCauley et al., 1995; Ramsay et al., 2011; Ratner 1993). Las mujeres que han sufrido violencia física o psicológica son quince veces más propensas a presentar alcoholismo y nueve veces más propensas a desarrollar drogodependencia que las mujeres que no han sufrido abuso (Altell, 2011; Ramsay et al., 2011; Shipway, 2004; Stark y Flitcraft, 1996). Autores como Echeburúa, Amor y Corral (2002) apuntan que *“las mujeres maltratadas pueden recurrir al consumo de sustancias adictivas (alcohol, psicofármacos o drogas) a modo de estrategia de afrontamiento defectuosa del sufrimiento experimentado”*. La tasa de prevalencia media de consumo de alcohol entre las mujeres que han sufrido maltrato puede situarse en el 18,5%, índice que se sitúa muy por encima de la media de la población normativa (del 4% al 8%) (Echeburúa et al., 2002; Golding, 1999; Kessler et al., 1994). Además, el consumo de fármacos prescritos así como de otras sustancias ilegales es más elevado en mujeres con historial de maltrato (ver gráfico 1) (Servicio Murciano de Salud, 2010).

A pesar de esta incidencia, en España no existen de forma generalizada recursos asistenciales en la red de atención a la drogodependencia que tengan en cuenta el tratamiento a las mujeres desde la perspectiva de género. Algunos ejemplos de ello son la utilización de protocolos de recogida de datos indiferenciados para varones y mujeres

(Castaños et al., 2007), el no disponer de dispositivos de atención preparados para trabajar con mujeres embarazadas y/o hijas/os de corta edad (Martínez, 2008; ONU, 2005; Palop, 2000) o no contemplar los malos tratos como factor que interactúa de forma determinante en la problemática de las drogodependencias en la población de mujeres (Castaño, 2009).

Gráfico 1. Consumo de fármacos, alcohol y drogas ilegales en los últimos 3 meses y maltrato en mujeres en Atención Primaria de Andalucía, 2004. (Raya et al., 2004; Servicio Murciano de Salud, 2010).



Y es que las fuertes dimensiones patriarcales y androcéntricas de la psicología (y del resto de disciplinas), reflejo del sistema en el que se inscriben y del que participan, han producido una ciencia sesgada que ha excluido a las mujeres como sujetos y objetos de la investigación (Bosch, Ferrer y Alzamora, 2006). Un ejemplo en el ámbito concreto de las drogodependencias es la evolución que ha experimentado la investigación desde la sustancia hacia la persona (desde el modelo médico tradicional hacia el bio-psico-social), entendida ésta como varón blanco (Reed, 1987). Por ello, es lógico que la investigación sobre las reacciones químicas de las diferentes sustancias sea más

reducida en mujeres, centrándose principalmente en las repercusiones sobre el feto (Castaños et al., 2007).

Por otra parte, el hecho de que durante mucho tiempo se haya mantenido estable el bajo porcentaje de mujeres que acceden a tratamiento ha favorecido que, en la mayoría de los estudios sobre evaluación y tratamiento, no se hayan considerado cuestiones relevantes para las mujeres, quedando así invisibilizadas (Castaños et al., 2007; Moral, 2008; Palop, 2000). Datos de Comunidades Autónomas como Madrid o Cataluña, refieren que el 20% de las personas que acceden a tratamiento son mujeres frente al 80% que son varones (Monras, 2010; Instituto de Adicciones de Madrid Salud, 2005). Además, en recursos como las comunidades terapéuticas, las tasas de varones cuadruplican a las mujeres –proporción de hombres con problemas de abuso de alcohol de 2-1 frente a las mujeres- (Bolaños, 2012).

Para poder entender las razones del bajo porcentaje de mujeres que solicitan tratamiento debemos analizar el coste social y personal que tiene para ellas el hecho de considerarse drogodependientes. Así, muchas mujeres no solicitan ayuda por miedo a perder a sus hijos/as, a ser etiquetadas como “malas madres”, o a verse carentes de apoyo por parte de la familia o la pareja (Arostegui y Urbano, 2004). Es decir, existe una doble penalización social y moral que dificulta la demanda de tratamiento (Martínez, 2008).

Así pues, si se quieren mejorar los informes que se desprenden de las diferentes investigaciones que indican mayor dificultad de acceso a tratamiento, escasa adecuación a sus necesidades y elevada tasa de abandono por parte de las mujeres (Bolaños, 2012; Castaños et al., 2007, Junta de Castilla y León, 2010; ONU, 2005) es necesario adecuar los servicios a esta población, tomando en consideración los factores específicos que

interactúan con la adicción en mujeres, siendo los malos tratos en el ámbito familiar o de pareja o los abusos sexuales durante la infancia elementos clave a incorporar en el análisis de la realidad para que sea posible actuar conscientemente sobre ellos (Martínez, 2008).

Siguiendo esta línea de investigación, es preciso aplicar la perspectiva de género a las drogodependencias (Farapi Antropologia Aplikatua, 2007) a la hora de diseñar herramientas de evaluación e intervención ya que nos ayuda a *“identificar las problemáticas que les afecta a las mujeres por el hecho de ser “mujeres” como categoría social y cultural que genera identidad y subjetividad, entendiendo cómo afecta eso en los procesos de drogodependencias”* (Martínez, 2008).

Se ha planteado que los resultados de los tratamientos pueden estar más relacionados con las características del programa que con las de las usuarias (Roberts y Nishimoto, 1996; Hedrich, 2000, Castaños et al., 2007), siendo los programas que tienen en cuenta las necesidades y características de las mujeres (Hedrich, 2000; Instituto de la Mujer, 2007; Jarvis, 1992; Nelson-Zlupko, Kauffman y Dore, 1995; ONU, 2005; Reed, 1985; Roberts y Nishimoto, 1996), así como los que incorporan el enfoque de género (Dodge y Potocky-Tripodi, 2001; Jarvis, 1992; Hedrich, 2000; Instituto de la Mujer, 2007) los que cuentan con mayor éxito. Así mismo, como señala Romero (2010), no tomar en consideración los condicionantes de género *“puede equivocar la intervención y revictimizar a las mujeres”*.

La importancia de establecer protocolos de detección dentro de los recursos de drogodependencias reside en que, para mucha mujeres víctimas de malos tratos, las/os profesionales de la salud son su punto de apoyo más importante (OMS, 1998) y, en algunos casos, son la vía para la toma de conciencia sobre su situación.

Además, la práctica clínica y terapéutica en drogodependencias se está viendo en la necesidad de tener que abordar la problemática de los malos tratos para poder alcanzar objetivos terapéuticos satisfactorios, por lo que se precisa contar con un protocolo de evaluación inicial en el que se incluyan preguntas específicas para detectar una posible situación de violencia de género (Castaño, 2009).

“La evaluación de necesidades es una práctica utilizada con el fin de conocer la naturaleza y la extensión de un problema social o de salud en una comunidad, o en un grupo social determinado, con la intención de darle una respuesta adecuada y mejorar la situación creada por dicho problema (Brow, 1997)” (Junta Castilla y León, 2010). Por lo tanto, un protocolo de evaluación de necesidades, como herramienta de análisis, nos permitirá mejorar nuestra intervención al hacer que comprendamos mejor la realidad sobre la que pretendemos actuar.

Respondiendo a esta necesidad, la presente investigación tiene dos objetivos. Por un lado, el diseño de un “Protocolo de evaluación de necesidades de Adicción y Violencia contra las mujeres” y por otro, la realización de un estudio piloto con el objetivo de comprobar si la población a la que va dirigido lo entiende así como si es pertinente la inclusión de las variables estudiadas.

Para la consecución del primer objetivo, se procede a la revisión de fuentes documentales que, además de ofrecer una panorámica general de la situación, ha servido de guía para la elaboración del protocolo de evaluación de necesidades. Como muestra el gráfico 2, se han revisado documentos publicados desde el Sistema Nacional de Salud, así como del ámbito de las Drogodependencias, además de literatura científica sobre las temáticas de violencia de género y drogodependencias.

Para la realización del estudio piloto, se contactó con un total de 18 participantes, usuarias de la red asistencial de drogodependencias de la Comunidad Valenciana (ver apartado muestra). Con los resultados obtenidos se procedió a realizar los ajustes pertinentes para su comprensión y su precisión.

Gráfico 2. *Fuentes documentales revisadas.*



OBJETIVOS Y CONTENIDO DEL ESTUDIO

La presente investigación tiene dos objetivos, cada uno de ellos dividido en diferentes fases. El *primer objetivo*, la elaboración de un protocolo de evaluación de necesidades de Adicción y Violencia contra las mujeres, ha sido el resultado de un proceso largo de discusión y consulta de documentos, que ha dado lugar al instrumento final. El *segundo objetivo* es la realización de un estudio piloto con el que se espera poder ajustar el protocolo a la realidad que pretende medir.

A continuación se procede a la descripción detallada de cada uno de los objetivos, sintetizados en el siguiente cuadro:

OBJETIVO 1. ELABORACIÓN DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

FASE A: *Revisión de fuentes documentales*

A.1: *Aportaciones*

- Características mujeres drogodependientes
- Variables a tener en cuenta en la evaluación conjunta de Adicción y Violencia contra las Mujeres
- Instrumentos de evaluación revisados

FASE B: *Protocolo de evaluación de necesidades propuesto*

B.1: Desarrollo de ítems en relación con las variables de estudio, teniendo en cuenta la estructura, el contenido, el lenguaje utilizado y el formato de los mismos

B.2: Evaluación interjueces

B.3: Modificaciones

OBJETIVO 2. ESTUDIO PILOTO

- **Participantes**
- **Procedimiento**
- **Análisis**
- **Resultados**

1. ELABORACIÓN DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

Se llevó a cabo una revisión exhaustiva de los instrumentos de evaluación existentes hasta el momento en materia de violencia de género, así como de las guías, manuales y monografías del Sistema Nacional de Salud. Además, del ámbito específico de las drogodependencias se revisaron artículos científicos relevantes en esta materia.

Se elaboró un primer boceto del instrumento que fue revisado por cuatro profesionales del ámbito académico y clínico, especializadas en el tema. Las sugerencias y correcciones realizadas fueron incorporadas, alcanzando un balance entre explorar exhaustivamente ciertos contenidos y recopilar información menos detallada de otros, generando un segundo boceto que pasó por el mismo examen exhaustivo dando lugar, finalmente, al instrumento de evaluación propuesto.

Se detallan a continuación, las diferentes fases en las que ha consistido:

FASE A: REVISIÓN DE FUENTES DOCUMENTALES

Se ha realizado una búsqueda sirviéndose de “palabras clave” (ver tabla) en los siguientes buscadores: Elsevier, Psycarticles, Pubmed, Dialnet, PubMed, Google Académico (ver tabla 1).

Tabla 1. “Palabras clave” introducidas en los buscadores.

- Violencia contra las mujeres
- Mujeres drogodependientes maltratadas
- Mujeres maltratadas
- Battered Women
- Intimate partner violence
- Evaluación de necesidades mujeres drogodependientes
- Perspectiva de género en drogodependencias
- Estrategias de afrontamiento en mujeres maltratadas
- Atribución de la responsabilidad en mujeres maltratadas
- Estadios de cambio mujeres víctimas de violencia de género
- Maltrato infantil

A partir de los documentos obtenidos en la búsqueda inicial, se procedió a la búsqueda de algunos de los trabajos citados en los mismos con objeto de ampliar conceptos considerados relevantes para el diseño del instrumento de evaluación. Las fuentes y el número de documentos revisados que se han utilizado en la elaboración del instrumento de evaluación se detallan en las tablas 2, 3 y 4.

Tabla 2. *Manuales y guías del ámbito de las drogodependencias*

FUENTE	n
Asociación Española de Centros de Día (ASECEDI)	1 (7,6%)
Consejerías (Sanidad, Familia e Igualdad de oportunidades) ¹	2 (15,3%)
Fundación Atenea Grupo GID	1 (7,6%)
Fundación Salud y Comunidad	3 (23 %)
Gobiernos de las diferentes Comunidades Autónomas ²	2 (15,3%)
Instituto de Adicciones	1 (7,6%)
Instituto de la Mujer	1 (7,6%)
Naciones Unidas (Oficina contra la droga y el delito)	1 (7,6%)
Observatorio Vasco de Drogodependencias	1 (7,6%)
	T= 13

¹ Castilla y León, Islas Baleares

² Vasco, Gallego

Tabla 3. *Manuales y guías del Sistema Nacional de Salud en materia de Violencia de género.*

FUENTE	n
Amnistía Internacional	1 (4,7%)
Asociación Salud y Familia	1 (4,7%)
Consejerías (Sanidad, Consumo, Servicios Sociales) ¹	4 (19%)
Gobiernos de las diferentes Comunidades Autónomas ²	2 (9,5%)
Instituto de la Mujer ³	5 (23%)
Ministerios (Sanidad y Consumo, Política Social e Igualdad)	4 (19%)
Observatorio de Salud de la Mujer	2 (9,5%)
Naciones Unidas	2 (9,5%)
	T= 21

¹ Canarias, Cantabria, Comunidad Valenciana, Murcia

² Madrid, Comunidad Valenciana

³ Canarias, Castilla-La Mancha, Instituto Canario de Igualdad

Tabla 4. *Artículos científicos*

TEMÁTICA	n
Drogodependencias	7 (13,2%)
Violencia de género	38 (71,6%)
Drogodependencias y Violencia de género	8 (15%)
	T= 53

A.1: APORTACIONES

La revisión de la documentación citada incluye una serie de aportaciones que han supuesto la base para construir el instrumento de evaluación. Toda esta información se puede agrupar en tres apartados:

1. ¿A quién quiero evaluar?: **Características de la población objeto de estudio**
2. ¿Qué debo evaluar?: **Variables a tener en cuenta en la evaluación de la problemática conjunta de Adicción y Violencia contra la Mujer**
3. ¿Cómo evaluarlo?: **Instrumentos de evaluación revisados**

Características de las mujeres drogodependientes

En la revisión de los trabajos, se encuentra una serie de características o circunstancias asociadas a las mujeres drogodependientes. Muchas de estas características van a influir su decisión para demandar tratamiento así como en los objetivos que debe incluir la intervención específica con mujeres.

PERFIL MUJERES DROGODEPENDIENTES

Es difícil establecer un perfil de mujer drogodependiente ya que en los últimos años se está detectando una tendencia de cambio en las sustancias consumidas, pautas de consumo, en el origen socioeconómico de las consumidoras así como en la edad de inicio del consumo y el contexto en el que se produce (Arostegui y Urbano, 2004; Matud, s.f.; Instituto de la Mujer, 2005; Llopis et al., 2006). Así, nos encontramos ante un grupo heterogéneo de mujeres que, en base a las características personales y las del entorno, viven la adicción de manera diferente aunque manifiestan dinámicas y necesidades muy similares.

Algunas de las características más comunes que encontramos en la población de mujeres drogodependientes que demandan tratamiento son:

- Entre los **30-40 años** (Amor et al., 2010; Blanco, 2007; Junta de Castilla y León, 2010)
- **Adicción de larga evolución** (Blanco, 2007; Junta de Castilla y León, 2010).
- **Demanda de tratamiento por adicción a alcohol y/o cocaína** (Amor et al., 2010; Blanco, 2007; Junta de Castilla y León, 2010).
- **Solteras o separadas** (Amor et al., 2010; Blanco, 2007; Junta de Castilla y León, 2010).
- **Con hijas/os bajo la tutela de menores o con otros familiares** (Instituto de la Mujer, 2005).
- **Maltrato por parte de la pareja y/o familiar varón** (Amor et al., 2010; Blanco, 2007; Castaño, 2009; Llopis et al., 2006; ONU, 2005).
- **Abuso sexual en la infancia** que actúa como factor determinante en el desarrollo de la adicción (Amaro, Nieves, Wolde y Labault, 1999; Briere y Runtz, 1985; Boyd, Henderson, Ross-Durrow y Aspen, 1997; Castaños et al., 2007; Cosden y Cortez-Ison, 1999; Farris y Fenaughty, 2002; Fiorentine, Nakashima y Anglin, 1999; Forth-Finegan, 1991; Jarvis, Copeland y Walton, 1998; Junta de Castilla y León, 2010; Kandall, 1996; ONU, 2005; Palop, 2000; Pantoja, 2007; Singer, Bussey, Song y Lunghofer, 1995; Swift et al. 1996; Wechsberg, Craddock y Hubbard, 1998; Westermeyer, Wahmanholm y Thuras, 2001; Xunta de Galicia, s.f.).

ÁREA PSICOLOGICA

- **Mayor prevalencia de trastornos psicológicos:** ansiedad, depresión, estrés postraumático, intentos de suicidio y trastornos de la alimentación (Amaro et al. 1999; Castaños et al., 2007; Chait, 2005; Fundación para el Estudio, Prevención y Asistencia a las Drogodependencias, 2005; Grella y Joshi, 1999; Instituto de Adicciones Madrid Salud, 2005; Junta de Castilla y León, 2010; Kingree, 1995; Neale, 2004; ONU, 2005; Wechsberg et al., 1998).
- **Baja autoestima** (Castaños et al., 2007; Chait, 2005; Echeburúa, Amor y Corral, 2002; Forth-Finegan, 1991; Fundación para el Estudio, Prevención y Asistencia a las Drogodependencias, 2005; Junta de Castilla y León, 2010; Pantoja, 2007; Rosembaum, 1981; Sánchez, 2006, Xunta de Galicia, s.f)

ADICCIÓN Y VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

- **Mayor probabilidad que la población de mujeres en general de presentar maltrato, mayor vulnerabilidad** (Altell, 2011; Castaños et al., 2007; Chait, 2005; Farapi Antropologia Aplikatua, 2007; Martínez, 2008; ONU, 2005). Incidencia de abuso sexual y malos tratos entre adictas europeas (69%) muy superior a los datos de población de mujeres general (20-25%) (Llopis et al., 2006). Además, se ha encontrado una mayor probabilidad de sucesos estresantes directamente relacionados con el inicio en el consumo de drogas (Llopis et al., 2006).
- **Las distintas sustancias consumidas provocan diferentes situaciones de vulnerabilidad** (Chait, 2005; Meneses, 2002).
- Cuando una mujer sufre simultáneamente adicción y maltrato, **suele dar mayor importancia a su problemática con relación al consumo**, dejando en un segundo

plano su padecimiento de maltrato (Chait, 2005). Aunque, en otras investigaciones, nos encontramos que las mujeres drogodependientes pueden considerar su consumo como un problema secundario debido a que los problemas de violencia que viven requieren una solución inmediata (Brown, 2000; Castaños et al., 2007; Farris y Fenaughty, 2002).

- **La capacidad de reacción** ante la situación de violencia **se reduce** cuando existe un abuso de sustancias y, por tanto, dificulta salir de la situación de violencia (Altell, 2011).

DROGODEPENDENCIA EN MUJERES

- **La mujer adicta sufre una mayor culpabilización y estigmatización por su trasgresión**, provoca una mayor decepción que los varones consumidores, poniendo en duda la competencia en su rol como mujer, madre, pareja, etc. (Altell, 2011; Chait, 2005; Forth-Finegan, 1991; Instituto de Adicciones Madrid Salud, 2005; Instituto de la Mujer, 2005; Observatorio Vasco de Drogodependencias, 2007; ONU, 2005; Pantoja, 2007; Rosenmabun, 1981; Xunta de Galicia, s.f.).
- Existen una serie de **situaciones sociosanitarias en mujeres drogodependientes con historia de violencia de género que complican el tratamiento**:
 - *Peor situación económica o laboral*: Han estado desocupadas en los meses previos al tratamiento, historia laboral caracterizada por la inestabilidad, trabajos precarios o temporales, poca formación, condiciones de trabajo complicadas de conciliar con el cuidado de las/os hijas/os (Castaños et al., 2007; Chait, 2005; Instituto de la Mujer, 2005; Junta de Castilla y León, 2010; ONU, 2005; Pantoja, 2007; Xunta de Galicia, s.f.).

- *Relaciones sociales*: ausencia de relaciones sociales debido al consumo y al maltrato (Chait, 2005).
- *Situación legal*: situaciones legales pendientes con la justicia que dificulta que acudan a presentar denuncias después de haber sido agredidas y, en el caso que la denuncia se haga efectiva, no suelen acudir a las citaciones judiciales cuando hay consumos de por medio (Chait, 2005).
- *Situación sanitaria*: consecuencias médicas producto del maltrato, como dolor crónico, peores condiciones de salud, trastornos del sueño y abortos (Chait, 2005).

RELACIONES DE PAREJA

- **Lo central es la pareja** (Altell, 2011; Instituto de la Mujer, 2005).
- **Historial de relaciones de pareja conflictivas** (Instituto de la Mujer, 2005).
- **Suelen tener como pareja a otro consumidor**, manteniéndose relaciones muy destructivas por los efectos que estos consumos provocan. El **inicio del consumo** suele estar **relacionado con una pareja adicta**, quien ha jugado un rol activo en el comienzo y desarrollo de la adicción (Altell, 2011; Chait, 2005; Dawson, 2006; Echeburúa, Amor y Corral, 2002; Junta de Castilla y León, 2010; ONU, 2005).
- **La droga suele constituir un elemento más de maltrato**, ya que en muchas ocasiones la mujer está en tratamiento y su pareja no, y el varón es el que suministra la droga como un modo de mantenerla en la relación (Chait, 2005).
- **Suelen disculpar el maltrato de su pareja por ser consumidor** (Chait, 2005).
- **Si el consumo de la mujer es anterior al inicio de la relación de pareja**, se sitúa en una posición de **mayor vulnerabilidad** ante el agresor ya que éste puede justificar la agresión por la adicción de la mujer (Altell, 2011).

- La **dependencia afectiva con la pareja está agravada** (Chait, 2005; Echeburúa et al., 2002; Junta de Castilla y León, 2010; Llopis et al., 2006; Pantoja, 2007; Xunta de Galicia, s.f.). Una dependencia que suele ser factor de inicio y/o mantenimiento de la conducta adictiva, y que se caracteriza por la baja autoestima, la sumisión, el miedo a la soledad, la necesidad del otro para la valoración y el afecto y la falta de seguridad en una misma.
- El **abuso de sustancias provoca un deterioro de la relación de pareja que puede desencadenar la violencia** (Altell, 2011).

APOYO SOCIAL Y FAMILIAR

- **Mayor deterioro social** ya que tardan más en llegar a tratamiento (Altell, 2011; Instituto de la Mujer, 2005).
- **Menor apoyo familiar y social frente al tratamiento** (Castaños et al., 2007; Martínez, 2008; Llopis et al., 2006; ONU, 2005).
- **El aislamiento social las hace más vulnerable a la violencia de su pareja** (Castaños et al., 2007; Farris y Fenaughty, 2002).
- **Temen perder a sus hijas/os por su condición de adictas** (Altell, 2011; Castaños et al., 2007; Chait, 2005; Junta de Castilla y León, 2010; Llopis et al., 2006; ONU, 2005). Por ello, encontramos mucha **ocultación del consumo** (Altell, 2011).
- **Dependencia económica** de la familia o pareja (Altell, 2011; Junta de Castilla y León, 2010; Pantoja, 2007; Xunta de Galicia, s.f.).

PROBLEMÁTICAS ASOCIADAS

- **Mayor consumo de fármacos** debido a que el personal médico diagnostica con mayor frecuencia trastornos del estado de ánimo a las mujeres (Kauffman, Silver, y Poulin, 1997; Manhal-Baugus, 1998; Nelson-Zlupko, Kauffman y Dore, 1995; OSAS, 2004).
- **Responsabilidades familiares no compartidas** (Altell, 2011; Instituto de Adicciones Madrid Salud, 2005; Junta de Castilla y León, 2010; Martínez, 2008; ONU, 2005; Pantoja, 2007; Xunta de Galicia, s.f.).
- **Presencia de hijos/as en el tratamiento** (Altell, 2011; Junta de Castilla y León, 2010; Martínez, 2008).
- **Prostitución como medio de autofinanciación del consumo.** Además, en ocasiones, no buscan clientes sino que mantienen relaciones sexuales y/o sentimentales a cambio de droga (Altell, 2011; Instituto de la Mujer, 2005; Junta de Castilla y León, 2010; Llopis, et al., 2006; Palop, 2000).
- **VIH-SIDA y Hepatitis C** (Altell, 2011; Instituto de la Mujer, 2005; Junta de Castilla y León, 2010; Llopis, et al., 2006).
- **La inmigración**, por la pérdida de redes que este movimiento implica, las pone en situación de mayor vulnerabilidad (Altell, 2011; Instituto de la Mujer, 2005).

FAMILIA DE ORIGEN

- **Se repite el mismo esquema en la familia de origen:**
 - Historial de consumo en familia de origen (Castaño, 2009; ONU, 2005).
 - Existencia en torno al 50% de problemas psiquiátricos, sobre todo problemas de depresión en la figura materna (Castaño, 2009).

Variables a tener en cuenta en la evaluación conjunta de Adicción y Violencia contra las Mujeres

Las variables que debería incluir la evaluación conjunta de adicción y violencia contra las mujeres están fundamentadas por las investigaciones llevadas a cabo en el ámbito de la violencia en la pareja y en la población de mujeres drogodependientes.

La evaluación psicológica en las víctimas de malos tratos por parte de la pareja tiene como objetivo valorar el grado de daño emocional, los recursos psicológicos disponibles así como una comprensión del contexto en el que han acontecido las situaciones (Echeburúa y Corral, 2005).

En la tabla 5 se detallan las diferentes variables recogidas en la revisión de la literatura científica. Debido a la gran cantidad de variables y con el propósito de incluir aquellas que nos puedan ayudar en mayor medida a conocer la realidad de la población de mujeres drogodependientes víctimas de violencia de género, se ha realizado una selección de las mismas, fruto del acuerdo del consenso de profesionales que participaron en esta investigación (ver Fase B.2 del Objetivo 1).

Como podemos observar en la tabla 5, la valoración de la violencia contra las mujeres en el ámbito de la pareja abarca una serie de contenidos que permiten además de conocer la tipología del maltrato sufrido, comprender el contexto en el que se produce la victimización, los antecedentes familiares- tanto de las mujeres como de los agresores- así como toda una serie de mecanismos puestos en marcha por las mujeres para afrontar la situación.

La selección de variables para el protocolo de evaluación se ha realizado con el objetivo de recoger la información necesaria para conocer la historia de victimización de las mujeres, los recursos sociales, familiares y económicos con los que cuentan, así

como una serie de aspectos que nos ayuden a identificar qué factores pueden influir en el consumo de drogas y en su recuperación.

La mayoría de variables referidas al agresor se han excluido del protocolo de evaluación debido a que no se ha considerado oportuno recabar una información excesivamente detallada de estas características puesto que no es el objetivo de este trabajo. Además, en el momento de la evaluación, nos podemos encontrar que ya no mantengan relación con la persona que ejercía el maltrato pero que sigan sin tener las herramientas y estrategias necesarias para no volver a vivir situaciones de violencia con posteriores parejas. Por ello, el objetivo debe centrarse en la evaluación de las características de las mujeres drogodependientes para poder identificar las áreas que debemos trabajar con ellas. En el caso de que, en el momento de la evaluación, mantengan una relación de pareja en la que estén viviendo situaciones de maltrato, sería conveniente analizar la dinámica de esa relación, momento en el que puede ser necesario rastrear ciertas características del agresor así como la valoración de la peligrosidad.

Por lo tanto, para el objetivo de este estudio, las características que nos interesan conocer sobre el agresor son las estrategias de control que ejerce sobre la víctima, así como la agresión sobre sus hijo/as u otros familiares.

Por lo que se refiere a la valoración del tipo de violencia sufrida, no se ha incluido la descripción de episodios de abuso concretos (como el primero, el más reciente o el peor) debido a que con la información recogida en cuanto al tipo y patrón de violencia obtenemos suficiente información sobre las experiencias que han vivido, lo que nos indica qué áreas son las que deberemos trabajar con ellas.

Tabla 5. Clasificación de variables relevantes para la evaluación de Adicción y violencia Contra las Mujeres. Se presentan en sombreado las variables incluidas en el protocolo de evaluación.

VARIABLES	AUTORES/AS
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
Lugar de nacimiento	Junta de Castilla y León, 2010
Nacionalidad	Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009; modificado; Junta de Castilla y León, 2010
Provincia y municipio de residencia	Junta de Castilla y León, 2010
Edad	Echeburúa y Corral, 1998; Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009; modificado; GENACIS, 2004
Edad del agresor	Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009; modificado
Etnia, cultura y religión de la víctima y el agresor	Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009; modificado
Estado civil	Arostegui y Urbano, 2004; Echeburúa y Corral, 1998; GENACIS, 2004; Junta de Castilla y León, 2010
Número de hijos	Arostegui y Urbano, 2004; Echeburúa y Corral, 1998; Junta de Castilla y León, 2010
Número de hijos menores de 18 años	GENACIS, 2004; Junta de Castilla y León, 2010
Sexo del agresor y sexo de la víctima	Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009; modificado
Número de hermanos	Echeburúa y Corral, 1998
Núcleo de convivencia actual	Arostegui y Urbano, 2004; Echeburúa y Corral, 1998; Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009; modificado; GENACIS, 2004; Junta de Castilla y León, 2010
Nivel de estudios	Arostegui y Urbano, 2004; Echeburúa y Corral, 1998; Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009; modificado; GENACIS, 2004; Gobierno de Canarias, 2003; Junta de Castilla y León, 2010

(Cont.)

VARIABLES	AUTORAS/ES
<i>DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS (Cont.)</i>	
Edad a la que finalizó los estudios y motivos	Arostegui y Urbano, 2004
Si actualmente está cursando estudios	Arostegui y Urbano, 2004
Profesión	Echeburúa y Corral, 1998; Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009; modificado
Lugar y tipo de trabajo actual/Situación laboral	Arostegui y Urbano, 2004; Echeburúa y Corral, 1998; Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009; modificado; GENACIS, 2004; Gobierno de Canarias, 2003; Junta de Castilla y León, 2010; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007
Si tiene ingresos propios y cantidad/Situación económica/Dependencia económica/Fuente de ingresos principal	Arostegui y Urbano, 2004; Gobierno de Canarias, 2003; Junta de Castilla y León, 2010; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007
Nivel socioeconómico	Echeburúa y Corral, 1998; Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009; modificado
Tipo de domicilio familiar	Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009; modificado
Número de hermanos en familia de origen y lugar ocupado por ella	Arostegui y Urbano, 2004
<i>PAREJA ACTUAL</i>	
Si tiene pareja sentimental actualmente	Arostegui y Urbano, 2004; GENACIS, 2004
Si conoció a su pareja antes, durante o después de su etapa de consumo	Arostegui y Urbano, 2004
Si la pareja es o ha sido consumidora	Arostegui y Urbano, 2004
Años de relación de pareja (noviazgo y convivencia)	Arostegui y Urbano, 2004; Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009; modificado

(Cont.)

VARIABLES	AUTORES/AS
<i>PAREJA ACTUAL (Cont.)</i>	
Grado de satisfacción con la pareja	Arostegui y Urbano, 2004; GENACIS, 2004; Junta de Castilla y León, 2010
Dificultad o facilidad para hablar con la pareja sobre sus sentimientos	GENACIS, 2004
Percepción del grado de dependencia emocional con la pareja	Junta de Castilla y León, 2010
<i>RELACIONES DE PAREJA</i>	
Edad de la primera relación sexual	GENACIS, 2004
Número de personas con las que ha mantenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses	GENACIS, 2004
Si ha habido separaciones, cuánto tiempo ha mantenido estas separaciones	Chait, 2005
Motivos por los que volvieron con sus parejas	Chait, 2005
Si ha estado sola en algún período	Chait, 2005
Relación de los períodos de abstinencia con su situación de soledad o de pareja	Chait, 2005
<i>SITUACIÓN DE LA RELACIÓN DE PAREJA</i>	
Si el problema lo tuvo con pareja o ex -pareja	Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009; modificado
Si convive o no con la pareja y si están en trámites de separación	Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009; modificado
Tiempo de separación	Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009; modificado

(Cont.)

VARIABLES	AUTORES/AS
VALORACIÓN DEL TIPO DE VIOLENCIA	
Tipo y patrón de violencia (frecuencia e intensidad)	Agoff, Rajsbaum y Herrera, 2006; Arostegui y Urbano, 2004; Dutton, 1992; Echeburúa y Corral, 1998; Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009; modificado; GENACIS, 2004; Junta de Castilla y León, 2010; Labrador y Rincón, 2002; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007
Edad que tenía cuando ocurrieron los hechos	Arostegui y Urbano, 2004
Si fue puntual o reiterado	Arostegui y Urbano, 2004
Descripción de episodios de abuso concretos (como el primero, el más reciente o el peor)	Dutton, 1992; Echeburúa y Corral, 1998; Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009; modificado; GENACIS, 2004; Labrador y Rincón, 2002
Patrón habitual de la agresión	Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009; modificado; Labrador y Rincón, 2002
Estrategias de control /Control ejercido por el agresor	Chait, 2005; Dutton, 1992; Labrador y Rincón, 2002; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007
Fase del proceso de violencia en la que se encuentra	Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007
Agresiones durante el embarazo	Echeburúa y Corral, 1998; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007
Abuso durante el noviazgo	Echeburúa y Corral, 1998
Amenazas o intentos de homicidio a ella y/o sus hijas/os	Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007
Valoración de la gravedad de la violencia física	GENACIS, 2004
Valoración del temor sentido ante las situaciones de violencia	GENACIS, 2004

(Cont.)

VARIABLES	AUTORES/AS
CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DEL MALTRATO	
Malestar psicológico/Situación emocional	Dutton, 1992; GENACIS, 2004; Gobierno de Canarias, 2003; Labrador y Rincón, 2002; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007
Cambios cognitivos (atribuciones, expectativas,..)	Dutton, 1992
Percepción sobre las causas y los motivos de los malos tratos	Agoff, Rajsbaum y Herrera, 2006; Echeburúa y Corral, 2005
Significación de los hechos y atribución de la intencionalidad	
Variables de personalidad	Chait, 2005
Rastrear pensamientos de suicidio/homicidio	Arostegui y Urbano, 2004; Chait, 2005; Gobierno de Canarias, 2003; Junta de Castilla y León, 2010; Labrador y Rincón, 2002; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007
Dificultades de relación con otras personas	Dutton, 1992
CONCIENCIA DEL PROBLEMA	
Conciencia del problema	Chait, 2005; Romero, 2010
Motivación para el cambio / Fase del proceso	Chait, 2005; Romero, 2010
Expectativas: capacidad de autoeficacia percibida	Chait, 2005
MECANISMOS UTILIZADOS POR LA MUJER	
Mecanismo de adaptación desarrollado	Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007
Estrategias de seguridad empleadas por la mujer	Dutton, 1992; Labrador y Rincón, 2002
Estrategias de afrontamiento	Echeburúa, Amor y Paz, 2002; Labrador y Rincón, 2002

(Cont.)

VARIABLES	AUTORES/AS
FAMILIA DE ORIGEN	
Exploración de figuras relevantes Tipo de relaciones que mantenían con sus padres o hermanos	Agoff, Rajsbaum y Herrera, 2006; Amor et al., 2010; Chait, 2005
Abuso de sustancias	Amor et al., 2010; Arostegui y Urbano, 2004; Chait, 2005; GENACIS, 2004;
Experiencias de maltrato en familia de origen	Agoff, Rajsbaum y Herrera, 2006; Chait, 2005; Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009; modificado; Gobierno de Canarias, 2003
Rigidez de normas u organización jerárquica, cumplimiento de normas y definición de roles	Gobierno de Canarias, 2003; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007
Trastorno psicológico en familia de origen y de qué tipo	Arostegui y Urbano, 2004; Echeburúa y Corral, 1998
VALORACIÓN DE OTRAS SITUACIONES DE MALTRATO	
Valoración de algún otro tipo de maltrato	Arostegui y Urbano, 2004; GENACIS, 2004; Junta de Castilla y León, 2010; Labrador y Rincón, 2002
Abuso en la infancia por otra persona que no sea de la familia	Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009; modificado GENACIS, 2004
Abuso en la adolescencia	Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009; modificado; GENACIS, 2004
Si han existido más relaciones de pareja con vivencias de maltrato	Chait, 2005

(Cont.)

VARIABLES	AUTORES/AS
FACTORES MEDIADORES	
Respuesta institucional	Agoff, Rajsbaum y Herrera, 2006; Dutton, 1992; Echeburúa y Corral, 2005
Creencias previas de las mujeres sobre violencia de género, las relaciones de pareja y los roles de género	Dutton, 1992
Ideales de pareja y de género	Agoff, Rajsbaum y Herrera, 2006
RED DE APOYO/VULNERABILIDAD DE LA VÍCTIMA	
Recursos materiales y de apoyo social disponibles	Chait, 2005; Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009; GENACIS, 2004; Gobierno de Canarias, 2003; Ministerio de Sanidad, 2007
Relación actual con la familia de origen y/o relación con las/os hijas/os	Arostegui y Urbano, 2004; Gobierno de Canarias, 2003; Junta de Castilla y León, 2010; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007
Si le ha contado a alguien el problema de maltrato	Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009; modificado; GENACIS, 2004; Labrador y Rincón, 2002
Número de amigas y amigos íntimos	Junta de Castilla y León, 2010
Si la víctima tiende a justificar o a quitar importancia a las agresiones sufridas	Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009
Si la víctima es especialmente vulnerable por razón de enfermedad, soledad o dependencia	Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009
Si realiza alguna actividad lúdica	Arostegui y Urbano, 2004

(Cont.)

VARIABLES	AUTORES/AS
<i>CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONA AGRESORA</i>	
Actividad laboral	Echeburúa y Corral, 1998
Reacción de la persona agresora ante la separación	Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009; modificado; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007
Trastorno mental y qué tipo	Echeburúa y Corral, 1998
Consumo de alcohol/drogas por parte del cónyuge	Echeburúa y Corral, 1998; Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009; GENACIS, 2004; Junta de Castilla y León, 2010; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007
Consumo de drogas previo por parte de la pareja cuando discuten	GENACIS, 2004
Problemas en el ámbito laboral	Echeburúa y Corral, 1998
Si ha habido experiencias de maltrato en su familia de origen	Echeburúa y Corral, 1998; Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009
Si ha sido víctima de maltrato en su familia de origen	Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 1999; modificado
Si se queja de problemas económicos serios	Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 1999; modificado
Red de apoyo	Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 1999; modificado
Si hay conflictividad en relación con la guarda y custodia de los hijos, el régimen de visitas y la asignación de la vivienda familiar	Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 1999; modificado
Si se ha mostrado conscientemente violento o amenazante en relación con la pareja incluso en presencia de la policía o de los agentes judiciales	Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009
Ingresos en prisión	Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009, modificado

(Cont.)

VARIABLES	AUTORES/AS
<i>EVALUACIÓN DEL RIESGO Y SEGURIDAD</i>	
Evaluación del riesgo y seguridad	Labrador y Rincón, 2002; Gobierno de Canarias, 2003; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007
Si se ha sentido en peligro de muerte en el último mes	Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009
<i>SITUACIÓN ACTUAL CON LA PERSONA AGRESORA</i>	
Situación actual de la víctima con respecto a la persona agresora	Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009; modificado
<i>SITUACIÓN CON LAS/LOS HIJAS/OS</i>	
Presencia o no de conflictividad sobre la guarda y custodia de los/las hijos/as	Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009; modificado
Régimen de visitas con las/los hijas/os	Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009; modificado
<i>ASPECTOS JUDICIALES</i>	
Número de denuncias	Echeburúa y Corral, 1998; Labrador y Rincón, 2002
Por iniciativa de (quién tuvo la iniciativa a poner la denuncia)	Echeburúa y Corral, 1998
Si ha retirado la denuncia	Echeburúa y Corral, 1998; Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009; Labrador y Rincón, 2002
Motivo por los que retiró la/s denuncia/s	Echeburúa y Corral, 1998; Labrador y Rincón, 2002
Denuncias en curso en la actualidad	Echeburúa y Corral, 1998; Labrador y Rincón, 2002
Si existe orden de alejamiento, quebrantamiento de la misma y número de veces	Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009; modificado

(Cont.)

VARIABLES	AUTORES/AS
ASPECTOS JUDICIALES (Cont.)	
Abandono del hogar debido al maltrato, cuántas veces, por cuánto tiempo y dónde se ha alojado en esas situaciones	Echeburúa y Corral, 1998; Labrador y Rincón, 2002
Si ha cometido delitos y si ha estado en prisión	Arostegui y Urbano, 2004
ASISTENCIA MÉDICA	
Lesiones y síntomas físicos	Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007
Si ha recibido asistencia médica, cuántas veces y de qué tipo/Lesiones graves, requiriendo hospitalización	Labrador y Rincón, 2002; Echeburúa y Corral, 1998; GENACIS, 2004; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007
Adquisición de certificados médicos	Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009; modificado
EXISTENCIA DE OTRAS POSIBLES VÍCTIMAS EN LA FAMILIA	
Si el maltrato ha afectado a las/os hija/os y de qué manera	Echeburúa y Corral, 1998; Labrador y Rincón, 2002; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007
Otras posibles víctimas como personas discapacitadas o personas mayores con dependencia	Gobierno de Canarias, 2003; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007
TRATAMIENTO PSICOLÓGICO	
Si ha recibido algún tipo de tratamiento psicológico debido al maltrato, cuándo y por qué lo abandonó	Echeburúa y Corral, 1998; Labrador y Rincón, 2002
Si ha recibido tratamiento por problemas psicológicos o emocionales, cuántas veces y modalidad de tratamiento	Echeburúa y Corral, 1998; Junta de Castilla y León, 2010
Tratamiento psicológico actual por problemas psicológicos	Junta de Castilla y León, 2010

(Cont.)

VARIABLES	AUTORES/AS
PROBLEMAS PSICOLÓGICOS	
Si ha tenido algún trastorno psicológico anteriormente	Echeburúa y Corral, 1998
Problemas psicológicos (depresión, sensación de fracaso personal, ansiedad, ...)	Junta de Castilla y León, 2010
PROBLEMAS DE SALUD	
Si tiene problemas de salud importantes	Echeburúa y Corral, 1998
Si toma algún tipo de medicación y para qué enfermedad	Arostegui y Urbano, 2004
Problemas con la alimentación	Arostegui y Urbano, 2004
CONSUMO DE SUSTANCIAS Y TRATAMIENTO	
Consumo de alcohol o drogas actual o en el pasado	Echeburúa y Corral, 1998; Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009, modificado; GENACIS, 2004; Labrador y Rincón, 2002
Vía de administración de la droga principal	Junta de Castilla y León, 2010
Tiempo transcurrido desde el último de consumo (de todas las sustancias)	Junta de Castilla y León, 2010
Patología asociada al consumo	Junta de Castilla y León, 2010
Intervenciones terapéuticas	Junta de Castilla y León, 2010
Tipo de centro y modalidad de tratamiento	Junta de Castilla y León, 2010
Fecha de admisión a tratamiento	Junta de Castilla y León, 2010
Consecuencias del consumo	Arostegui y Urbano, 2004
Edad del primer consumo de drogas	Arostegui y Urbano, 2004; Junta de Castilla y León, 2010
Edad de inicio de consumo problemático	Junta de Castilla y León, 2010

(Cont.)

VARIABLES	AUTORES/AS
CONSUMO DE SUSTANCIAS Y TRATAMIENTO (Cont.)	
Tratamientos de deshabituación recibidos y motivo de finalización	Arostegui y Urbano, 2004; Junta de Castilla y León, 2010
Personas de apoyo durante el tratamiento de deshabituación	Arostegui y Urbano, 2004; Junta de Castilla y León, 2010
Consumo de sustancias de ella previo a las discusiones	GENACIS, 2004
Si continuó consumiendo cuando estaba embarazada	Arostegui y Urbano, 2004
Temor por posibles consecuencias con respecto a sus hijos por iniciar tratamiento	Junta de Castilla y León, 2010
Presión para abandonar el tratamiento	Junta de Castilla y León, 2010
Si ha ejercido la prostitución para financiar su adicción	Junta de Castilla y León, 2010
Si ha ejercido la prostitución, cuándo antes del consumo o después, sola o en pareja	Arostegui y Urbano, 2004
RELACIONES SEXUALES	
Si mantiene relaciones sexuales actualmente	Echeburúa y Corral, 1998
Si ha mantenido relaciones sexuales a cambio de drogas	Junta de Castilla y León, 2010
Relaciones sexuales sin preservativo	Junta de Castilla y León, 2010
ENFRENTAMIENTO DE LA VÍCTIMA CON PAREJAS	
Si la víctima se ha enfrentado al agresor o ha habido un intercambio de agresiones en el último mes	Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009, modificado
Si ha infligido alguna agresión a alguien con quien mantiene una estrecha relación	GENACIS, 2004

De toda la revisión realizada, se detallan las variables seleccionadas para formar parte del protocolo de evaluación de necesidades, destacando la relevancia de las mismas, así como el estado actual de la investigación.

Datos sociodemográficos

Las variables sociodemográficas nos ofrecen información sobre la situación actual de las mujeres en cuanto a recursos económicos (nos indicará el grado de dependencia/independencia), el núcleo de convivencia actual y la presencia o no de hijas/os que estén a su cargo.

Aspectos relacionados con el consumo de drogas y el tratamiento

En base a la población objeto de estudio, es necesario recoger información respecto a la/s sustancia/s consumidas y el tipo de tratamiento que están recibiendo, así como una serie de aspectos que nos ayuden a tener un reflejo de sus historias toxicológicas. Además, como señala Meneses (2002), es necesario tener en cuenta la/s sustancias consumidas a la hora de valorar las situaciones de vulnerabilidad ya que las distintas sustancias provocan diferentes situaciones de vulnerabilidad.

Hijas/os bajo tutela

El temor que sienten las mujeres ante la posible pérdida de sus hijas/os por su condición de drogodependiente (Altell, 2011; Castaños et al., 2007; Chait, 2005; ONU, 2005), es un componente característico de esta población, sobre las que recae de manera general el cuidado y crianza de las/os hijas/os. Las mujeres drogodependientes que tienen hijas/os menores de edad saben que en el momento que demandan tratamiento entra en juego la posibilidad de retirada de tutela o custodia. Este factor va a influir en la ocultación del consumo (Altell, 2011) y la consecuente demora en la demanda de tratamiento, produciendo que acudan cuando la situación esté verdaderamente

empeorada. Además, el temor al cuestionamiento sobre su identidad y sobre el desempeño de su rol de madres va a intervenir de forma determinante en el tratamiento.

Muchas mujeres que acuden a tratamiento tienen hijos/as bajo la tutela de menores o con otros familiares lo cual genera en ellas un sentimiento de culpabilidad por no poder estar con sus hijas/os y sentir que no saben qué les pueden ofrecer (Instituto de la Mujer, 2005). El malestar psicológico generado por no haber podido asumir “correctamente” el papel de madres es un factor importante que no debemos obviar a la hora de intervenir con mujeres drogodependientes.

Familia de origen

La educación recibida en la infancia y los modelos de conducta observados se almacenan en la memoria y son reproducidos en la edad adulta, haciéndose resistentes al cambio.

La familia en el desarrollo de la persona “*tiene un peso importante al establecer la primera relación en la que se integran los afectos, las creencias, las expectativas y valores, cumpliendo en todo ello un papel fundamental los condicionantes de género*” (Castaños et al., 2007).

Es necesario para poder comprender el contexto de desarrollo de las mujeres, conocer las dinámicas familiares, las normas diferenciales que ha adoptado la familia de acuerdo con los mandatos de género, distribución familiar del trabajo doméstico, identificación de los hábitos de consumo por parte de los padres, violencia entre los padres (aquí además, se obtiene información de si han sido testigos de violencia entre los padres, lo cual se considera maltrato psicológico (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011) o abandono por parte de la madre o padre (la forma más extrema de negligencia, uno de los cuatro tipos de maltrato infantil).

Violencia durante la infancia-adolescencia

Diferentes investigaciones presentan historias de abusos sexuales u otro tipo de violencia durante la infancia en mujeres drogodependientes. Así, Meneses (2002) refiere datos sobre investigaciones que sitúan la incidencia de abusos sexuales en esta población entre el 23% y el 74%, porcentajes parecidos a los que ofrece Castaños et al. (2007), entre el 32% y el 66% .

Generalmente, el abuso sexual es más común dentro del hogar o es cometido por una persona conocida por la familia, aunque la violencia sexual también tiene lugar en la escuela y otros entornos educativos (Pinheiro, s.f.).

Las consecuencias de la exposición temprana y/o prolongada a la violencia tiene una serie de repercusiones en la vida adulta, entre las que cabe destacar las limitaciones emocionales, sociales y cognitivas, adopción de comportamientos de riesgo para la salud, como el uso de sustancias adictivas, trastornos de ansiedad, depresión o intentos de suicidio (Instituto de Adicciones Madrid Salud, 2005; Pinheiro, s.f.).

Además, experimentar violencia temprana en la familia también aumenta el riesgo de victimización posterior y acumulación de experiencias violentas. El abuso sexual en la niñez ha sido identificado claramente como un factor de riesgo para la victimización sexual en la etapa adulta y el riesgo aumenta cuando incluye coito y otras formas de violencia (Classen, Palesh y Aggarwal, 2005; Pinheiro, s.f.).

Cabe destacar que son las niñas las que sufren considerablemente más violencia sexual que los niños y su mayor vulnerabilidad a la violencia en muchos entornos es en gran parte producto de la influencia de relaciones de poder basadas en el género, profundamente arraigadas en la sociedad (Pinheiro, s.f.).

A continuación se describen los tipos de maltrato infantil y otros tipos de violencia que pueden ser experimentados durante la infancia (Farapi Antropología

Aplikatua, 2007; Ferrer, 2009; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011; Pinheiro, s.f.):

- **Maltrato físico:** Toda acción realizada voluntariamente que provoque o pueda provocar daños o lesiones físicas. Incluye el uso de la fuerza física o de objetos para atentar contra su integridad física y/o su vida. Algunos ejemplos serían: golpear, empujar, dar puñetazos, abofetear, quemar, zarandear, etc.
- **Maltrato psicológico:** Cualquier acción u omisión que provoque o pueda provocar daños emocionales, cognitivos o comportamentales en el/la niño/a. Se incluyen conductas como rechazar, amenazar, ignorar, aterrorizar, aislar, humillar, privar de sentimientos de afecto y de seguridad, etc. En esta categoría también se incluyen los/as menores que son testigo de violencia entre los padres.
- **Abuso sexual:** Son aquellos actos que se realizan sin violencia o intimidación, como por ejemplo hacer tocamientos, acosar, someter a exhibiciones sexuales, hacer propuestas sexuales, etc. y que involucre o permita involucrar a un/a menor en actividades de este tipo.
- **Agresión sexual:** Son aquellos actos que se producen mediando violencia o intimidación. El caso más paradigmático es la violación.
- **Acoso escolar entre iguales (bullying):** Las formas de violencia protagonizadas por los niños y niñas en el entorno educativo son tanto físicas como psicológicas y generalmente se dan al mismo tiempo. Algunos ejemplos de ellas serían: intimidación, violencia sexual y violencia basada en el género, peleas en el patio de la escuela, violencia pandillera y la agresión con armas.
- **Acoso escolar de profesores/as (bullying docente):** Las formas de violencia utilizadas por los/as educadores/as incluyen: el castigo físico y otras formas crueles y degradantes de castigo o trato, la violencia sexual y violencia basada en el género.

Acoso sexual en el trabajo

La definición de acoso sexual es “*la situación en que se produce cualquier comportamiento verbal, no verbal o físico no deseado de índole sexual con el propósito o el efecto de atentar contra la dignidad de una persona, en particular cuando se crea un entorno intimidatorio, hostil, degradante, humillante u ofensivo* (Directiva 2002/73/CE)” (Instituto de la Mujer, 2006).

El acoso sexual en el ámbito laboral se inscribe en un contexto de violencia contra las mujeres. Lo que subyace al mismo es la violencia como instrumento de poder de género, quedando el carácter sexual como secundario, al tratarse sobre todo de un abuso de poder masculino (Instituto de la Mujer, 2006).

El amplio estudio llevado a cabo en España por el Instituto de la Mujer (2006), incluye la elaboración empírica de una taxonomía del acoso laboral. Se plantearon a las más de 2.000 mujeres entrevistadas una serie de situaciones asociadas al acoso sexual que pueden producirse en el ámbito laboral, con el fin de que ellas delimitaran, en función de su consideración, como susceptibles de considerarse acoso sexual empleando una escala de cuatro posiciones (no es acoso, es acoso leve, es acoso grave, y es acoso muy grave). Los resultados obtenidos en este trabajo se resumen en la tabla siguiente:

<p>ACOSO LEVE (menos de un 55% de las entrevistadas lo consideró grave o muy grave)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Chistes de contenido sexual sobre las mujeres • Piropos/comentarios sexuales sobre las trabajadoras • Pedir reiteradamente citas • Hacer gestos y miradas insinuantes
<p>ACOSO GRAVE (entre un 55% y un 85% de las entrevistadas lo consideró grave o muy grave)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hacer preguntas sobre la vida sexual • Hacer insinuaciones sexuales • Pedir abiertamente relaciones sexuales sin presiones • Presionar después de la ruptura sentimental con un compañero

(Cont.)

ACOSO MUY GRAVE (más de un 85% de las entrevistadas lo consideró grave o muy grave)	<ul style="list-style-type: none"> • Abrazos, besos no deseados • Tocamientos, pellizcos • Acorralamientos • Presiones para obtener sexo a cambio de mejoras o amenazas • Realizar actos sexuales bajo presión de despido • Asalto sexual
--	---

Fuente: Instituto de la Mujer (2006).

Ferrer, Bosch, Ramis y Torrens (2003) recopilaron datos sobre la incidencia del acoso sexual en Europa en la década de 1980 y 1990. Como podemos observar en la tabla 6, según la fuente consultada y la metodología aplicada encontramos una alta variabilidad de resultados.

Tabla 6. *Incidencia del acoso sexual en Europa.*

PAÍS	AÑO	RESULTADOS	METODOLOGÍA
Alemania	1994	72% mujeres	Envío de cuestionarios a mujeres sindicalistas. Respondieron un 20% (n=1.981)
Austria	1988	81% mujeres	10.000 cuestionarios distribuidos en empresas por organizaciones sindicales. Respondieron menos del 14%.
Dinamarca	1991	11% mujeres	Muestra representativa de 1.300 mujeres trabajadoras
Finlandia	1993	27% mujeres (50% lo encuentran ofensivo) 30% hombres (15% lo encuentran ofensivo)	Envío de 3.000 cuestionarios a personas seleccionadas aleatoriamente. Se preguntaba por situaciones no buscadas.
Francia	1985 1988 1990 1991	36% mujeres 9% mujeres 8% mujeres 21% mujeres	Muestra representativa de 958 mujeres Muestra representativa de 313 mujeres Muestra representativa de 804 mujeres Muestra de 1.300 mujeres
Holanda	1986 1994	58% mujeres 7% mujeres 2% hombres	Sin datos Cuestionario publicado en 14 periódicos. Respondieron 3%-13%. (en total n = 15.000) Pregunta directa sobre acoso.

(Cont.)

PAÍS	AÑO	RESULTADOS	METODOLOGÍA
Luxemburgo	1993	78% mujeres * 13% mujeres **	Muestra representativa de 502 mujeres * Listado de conductas ** Pregunta directa
Noruega	1988	91% mujeres (tocamientos) 21% mujeres (violación-intento) 66% mujeres (presión para sexo)	Muestra pequeña y no representativa
Portugal	1988 1999	34% mujeres 7% mujeres 7% hombres	Muestra representativa de 1.022 mujeres para la administración pública a nivel nacional. 708 cuestionarios distribuidos por correo.
Reino Unido	1987 1991 1993	73% personas 47% mujeres 14% hombres 54% mujeres 9% hombres	Departamento de Relaciones laborales Clientes agencias empleo n = 1.700
Suecia	1987 1993	17% mujeres 2% mujeres * 1% hombres *	Cuestionarios enviados a 4.000 sindicalistas. Respondieron el 50% (n entre 10.000 y 15.000) * Preguntas sobre acoso en los últimos 3 meses.

Fuente: Tomado de Ferrer, Bosch, Ramis y Torrens (2003)

Por lo que se refiere a la incidencia en España, los resultados de los diferentes trabajos sobre el tema se reflejan en la siguiente tabla:

Tabla 7. Incidencia de acoso laboral en España.

PUBLICACIÓN	RESULTADOS	METODOLOGÍA
Calle, González y Núñez (1986)	84% acoso leve 55% acoso moderado 27% acoso medio 27% acoso fuerte 4% acoso muy fuerte	Encuesta a mujeres trabajadoras en 6 sectores económicos del municipio de Madrid.
EMER/ Instituto de la Mujer (1990)	Aprox. 90% mujeres	Entrevistas en profundidad en empresas del sector público y privado

(Cont.)

PUBLICACIÓN	RESULTADOS	METODOLOGÍA
Gómez y Canto (1996)	10% mujeres	Estimación del Informe sobre la Situación Social de la Mujer en Andalucía
Institut de la Dona de València (1994)	20% acoso grave 75% acoso leve	Grupos de discusión y encuesta a mujeres trabajadoras por cuenta propia y ajena de la Comunidad Valenciana
Bosch et al. (1996)	3,4% trabajadores/as (72,3% mujeres, 27,7% hombres)	Muestra representativa de las Islas Baleares. n = 1.800 Pregunta directa sobre acoso
Pernas, Olza y Román (2000)	14'5% del total * 18'3% mujeres * 8'8% hombres * 4'8% del total ** 6'6% mujeres ** 25 hombres **	Encuesta telefónica a 1.004 personas ocupadas de 16 y más años. * Lista de conductas **Pregunta directa (acoso reconocido)
Instituto de la Mujer (2006b)	14'9% del total * 14'7% acoso leve * 4% acoso grave * 2'2% acoso muy grave*	Muestra representativa de mujeres del estado español. Entrevistas a 2.007 mujeres activas de entre 16 y 64 años.

Fuente: Tomado de Ferrer (2009)

No se han encontrado investigaciones sobre acoso sexual en el trabajo en población de mujeres (ni de varones) drogodependientes. Además, el nivel de conciencia social sobre el acoso laboral es limitado por lo que se necesita seguir ampliando la investigación para ofrecer a las personas herramientas para detectarlo y hacerle frente.

Violencia en la pareja o ámbito familiar

En este apartado se incluye aquella violencia ejercida de manera regular (no un incidente aislado) contra las mujeres por su pareja o ex –pareja sentimental con el objetivo concreto y definido de ejercer control y lograr el poder sobre la relación y sobre su cónyuge o compañera sentimental (Ferrer, 2009).

Igual que ocurre en el caso de la violencia contra las mujeres en términos generales, las formas que puede adoptar en el marco de la pareja son el maltrato físico, psicológico y sexual. Además, éstos pueden darse por separado o combinados (Ferrer y Bosch, 2003; Ferrer, 2009; ONU, 2006).

El hecho de que estas formas de violencia suelen darse combinadas, ha motivado que esta diferenciación se considere artificial y poco útil (Iglesias, 1989; Ferrer, 2009). Se entiende que, cuando una persona está siendo víctima de maltrato físico o sexual por parte de su compañero sentimental de forma continuada, el maltrato psicológico se está dando paralelamente a modo de estrategia de control, siendo difícilmente comprensible separar ambos.

Es importante señalar que en las diferentes tipologías del maltrato, en ocasiones, una misma manifestación se incluye en categorías diferentes. Así, por ejemplo, “Impedir realizar trabajo remunerado”, está clasificado por Lasheras y Pires (2003) como Maltrato Ambiental y según Follingstad, Rutledge, Berg, House y Polck (1990) sería uno de los tipos de maltrato emocional o psicológico (Aislamiento social y económico) (Ferrer, 2009).

En este trabajo la tipología de la violencia contra las mujeres en el ámbito de la pareja o familiar quedará diferenciada de la siguiente manera:

- **Maltrato psicológico:** Acción, normalmente de carácter verbal que actúa sobre la capacidad de decisión de la mujer. Incluye el empleo de mecanismos de control y comunicación que atentan contra su integridad psicológica, su bienestar, su autoestima o su consideración pública o privada: denigrarla; despreciar lo que hace; hacer que se sienta culpable; tratarla como si fuera una esclava; hacer comentarios desatentos sobre su físico; humillarla en público o en privado; crearle una mala reputación; obligarla a rendir cuentas sobre sus relaciones o contactos con otras

personas; obligarla a romper sus amistades; prohibirle hablar con personas del otro sexo; mostrar celos de sus amistades; limitar su espacio vital o no respetarlo; hacerle bromas de contenido denigrante; infravalorar sus aportaciones o ejecuciones; insultarla públicamente o de manera privada; amenazarla e intimidarla; chantajearla emocionalmente; amenazarla con suicidarse si manifiesta deseo de separarse.

- **Maltrato económico:** Controlar de forma estricta el manejo del dinero por parte de la mujer, obligarla a rendir cuentas del dinero gastado, impedirle realizar (u obligarla a abandonar) trabajo remunerado para que no tenga acceso a dinero propio, obligarla a entregar el dinero ganado por ella, retirándole el acceso a ese dinero.
- **Maltrato ambiental:** Hacia la pareja, hijos/as, otros familiares o amigos/as; destrucción o daño de propiedades personales a las que se les tiene afecto; llenar de la casa de objetos atemorizantes para ella (armas, pornografía,...); desordenar, tirar o romper los enseres domésticos (vajilla, cuadros,...).
- **Violencia física:** Toda acción realizada voluntariamente que provoque o pueda provocar daños o lesiones físicas en las mujeres que la padecen. Incluye el uso de la fuerza física o de objetos para atentar contra su integridad física y/o su vida (empujones, tirones de pelo, bofetadas, golpes, patadas, pellizcos, mordiscos, mutilación genital, tortura, asesinato,...).
- **Violencia sexual:** Cualquier atentado contra la libertad sexual de la mujer por el que se la obliga contra su voluntad a soportar actos de naturaleza sexual o a realizarlos, prevaleciéndose de una situación de poder, empleando engaños, coacciones, amenazas o el uso de la fuerza. Incluye cualquier acto o expresión sexual realizado contra su voluntad que atente contra su integridad física o afectiva

como bromas, expresiones groseras, comentarios desagradables, llamadas telefónicas obscenas, propuestas sexuales indeseables, forzarla a ver pornografía, cualquier acto o relación sexual no consentida por la mujer (acoso, violación incesto), cualquier relación o acto sexual que la mujer considere humillante o doloroso o la obligación de prostituirse.

Problemas psicológicos

Echeburúa y Corral (2005) señalan la importancia de la evaluación del daño psíquico en las víctimas de malos tratos para la planificación del tratamiento. Por ello, se hace necesario rastrear los sentimientos generados ante estas situaciones. Además, teniendo en cuenta la población objeto de estudio, podemos pensar que la sintomatología va a estar acrecentada debido a las consecuencias emocionales del consumo.

Algunos de los sentimientos comúnmente encontrados en mujeres víctimas de violencia de género en la pareja son: ira, culpa, miedo, pérdida de control ante las situaciones, problemas de sueño, ansiedad, inseguridad (Arellano, Gurrola, Balcázar y Bonilla, 2009; Echeburúa y Corral, 2005; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007; Sarasua y Zubizarrata, 2000). Como podemos observar, el malestar psicológico de las mujeres que han sufrido malos tratos es muy similar al que podemos encontrar en personas con problemas de consumo de sustancias.

Además, las mujeres drogodependientes expresan sentimientos negativos sobre su cuerpo en mayor medida que los varones por lo que tienen mayor riesgo de desarrollar trastornos de la alimentación (Nelson-Zlupko, Kauffman y Dore, 1995).

En numerosas investigaciones se remarca la importancia de rastrear la ideación suicida y los intentos de suicidio, debido a la elevada incidencia de los mismos en mujeres que han sufrido maltrato así como en la población de mujeres

drogodependientes (SOAS, 2004; US Department of Health and Human Services, 2000). La incidencia de pensamientos persistentes de suicidio se sitúa en un 27% de las mujeres que han sufrido malos tratos, siendo un 8% las que lo han intentado en alguna ocasión (Echeburúa, Amor y Corral, 2002).

Atribución de la responsabilidad

La teoría de la atribución sostiene que los seres humanos tenemos la necesidad de atribuir un significado a lo que nos sucede con el fin de poder tener un control sobre ello (Heider, 1958). Esta teoría, que clásicamente ha sido utilizada en la depresión (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978; Ickes y Layden, 1978, Polo et al., 2006), se ha usado también en el ámbito de la violencia en las relaciones de parejas.

Analizar la perspectiva de las mujeres acerca de las razones/causas/motivos que subyacen al maltrato por parte de la pareja resulta importante para entender el ámbito de atribución de la responsabilidad de la violencia (Agoff, Rajsbaum y Herrera, 2006).

La atribución de la responsabilidad puede constituir uno de los factores que dificulten o faciliten una adecuada respuesta a la problemática. Por ello, analizar las explicaciones que ofrecen las mujeres que están o han estado en una situación de violencia puede ayudar a entender las acciones que se llevan a cabo en la búsqueda de una solución.

Además, como señalan Echeburúa y Corral (2005) uno de los mediadores del grado de daño psicológico que pueden experimentar las mujeres víctimas de malos tratos es la percepción del suceso sufrido, esto es la significación del hecho y la atribución de la intencionalidad.

La atribución de la responsabilidad puede realizarse en base a factores internos o externos. En cuanto a la atribución interna, algunos autores (Janoff-Bulman, 1979; Polo et al., 2006) distinguen dos tipos de autoinculpación: «conductual» y «caracterial». La

autoinculpación de carácter “conductual” hace referencia “*a la culpa que aparece cuando una persona siente que son sus conductas, los actos que realiza o los que omite, los que producen el acto violento*”. El tipo de culpa «caracterial» hace referencia “*al fenómeno que aparece cuando las víctimas se sienten culpables por su forma de ser, por rasgos de su carácter*”. Este tipo de autoculpa está más relacionado con la autoestima.

El estudio llevado a cabo por Agoff, Rajsbaum y Herrera (2006), en el que se investigaba sobre las perspectivas de las mujeres acerca de cómo entendían la violencia en la pareja, permitió diferenciar, como parte de las razones de la violencia percibidas, entre motivos y causas. Los motivos que las mujeres refirieron involucraban intenciones conscientes y voluntad del maltrato por parte de la pareja, lo que implica una atribución de la responsabilidad a la pareja. Según estos autores, los malos tratos por parte de la pareja encuentran su justificación en las normas sociales que pautan el desempeño del rol de las mujeres dentro de la pareja y actúan como un mecanismo disciplinar con la intención consciente de castigo por el incumplimiento de las expectativas de rol de género (obligaciones domésticas, cuidado de las/os hijas/os,...).

Las causas de la violencia en la pareja encontradas en este estudio respondían a fuerzas externas, ajenas a la voluntad de la pareja. Algunos ejemplos de las causas encontradas en esta investigación son el machismo reinante en la sociedad, las presiones laborales que sufre la pareja o problemas no resueltos en la infancia. Este tipo de atribuciones desresponsabiliza en parte a la pareja y ubican el origen de la violencia en factores ajenos a la relación.

Estrategias de afrontamiento

Lazarus y Folkman (1986) definen el afrontamiento como “*aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos de la persona*” (Arellano, Gurrola, Balcázar y Bonilla, 2009).

El afrontamiento puede estar centrado en el problema y/o en la emoción. Cada una de las estrategias que se pueden poner en marcha para cada tipo, queda resumida de la siguiente forma:

➤ *Afrontamiento centrado en el problema:*

- **Confrontación:** se usan estrategias agresivas para controlar la situación estresante, que pueden envolver un alto grado de hostilidad y toma de riesgos.
- **Búsqueda de apoyo social:** se busca soporte tangible o información que ayude a alterar la situación.
- **Soluciones:** esfuerzos para analizar las características estresoras para llevar a cabo un plan completo de solución de problemas.

➤ *Afrontamiento centrado en la emoción:*

- **Autocontrol:** intento de regular las propias acciones y emociones.
- **Distanciamiento:** elección de distanciarse cognitivamente de uno/a mismo/a o minimizar la significancia de la situación.
- **Reevaluación positiva:** involucra encontrar el sentido positivo de la situación y focalizarse en el crecimiento personal.
- **Autoinculpación:** reconocer el propio rol en el problema e involucrarse en esfuerzos posteriores para corregirlo.
- **Escape y evitación:** escapar directamente del estresor.

Generalmente, en las investigaciones sobre estrategias de afrontamiento en mujeres víctimas de malos tratos, se diferencia entre estrategias desadaptativas y adaptativas. En el estudio llevado a cabo por Miracco et al., (s.f.), señalan las estrategias evitativas y de escape, y las pasivas como estrategias desadaptativas puesto que, aunque en un primer momento puedan servir para sobrellevar el malestar psicológico, no resuelven el problema sino que lo sostienen. Algunos ejemplos de estrategias desadaptativas son “aguantar” la situación, justificar la conducta del agresor, aislarse o pensar que el agresor puede cambiar. Entre las estrategias consideradas adaptativas, que facilitarían la salida de la situación de la violencia, estarían algunas como buscar ayuda, lidiar activamente con los obstáculos de la justicia, apoyarse en creencias religiosas y acudir a un grupo de ayuda.

Cabe destacar que las formas de afrontar las situaciones estresantes son diversas y dependen de los recursos personales y del contexto. Así, la pasividad no siempre es negativa ya que puede interpretarse como un ajuste psicológico ante el evento estresor, formando parte del repertorio de respuestas aprendidas ante situaciones de maltrato (Ortiz, 2005; Walker, 1979). De hecho, estas estrategias pasivas pueden interpretarse como estrategias de supervivencia ya que implican una adaptación a las situaciones que no se pueden cambiar (Bosch, Ferrer y Alzamora, 2005). Pero, se ha encontrado que las víctimas que utilizan mayormente estrategias de evitación pueden momentáneamente serles más útiles para reducir el impacto emocional, pero a largo plazo, desarrollan consecuencias psicológicas negativas (Ortiz, 2005; Walker, 1994).

Dutton (1992) señala como estrategias eficaces para afrontar los malos tratos: hablar con los amigos, amenazar sin violencia al maltratador, autodefensa agresiva y contactar con grupos o asociaciones de mujeres. Las estrategias menos eficaces que

señala esta autora son hacer que el compañero o pareja prometa que no seguirá agrediendo, llamar a la policía y contactar con un abogado fiscal (Ortiz, 2005).

Importancia de las relaciones de pareja

La importancia que las relaciones de pareja tienen para las mujeres drogodependientes supone, para muchas de ellas, un importante factor de recaída (Blanco et al., 2010; Instituto Espiral, 2000; Martínez, 2009). Así, sabemos que hay un alto porcentaje de mujeres que se inician en el consumo a través de sus parejas (varones) y que, tras un período de abstinencia, se produce la vuelta al consumo con parejas consumidoras. Además, en el caso de que la pareja sea drogodependiente y no solicite tratamiento, puede influir en la demanda de la mujer, consiguiendo que ésta no lo inicie o, si ya está en tratamiento, que lo abandone (Instituto Adicciones Madrid, 2005; Martínez, 2008).

Sirvent y Moral (2005) definen las dependencias interpersonales o afectivas como “*trastornos relacionales caracterizados por la manifestación de comportamientos adictivos en la relación interpersonal basados en una asimetría de rol y en una actitud dependiente respecto al sujeto del que se depende*” (Blanco, Sirvent, Moral, Linares y Rivas, 2010). Las características de la dependencia emocional son: tendencia a la exclusividad en las relaciones, necesidad de acceso constante hacia la persona de la cual dependen, necesidad de aprobación de los demás, ilusión al principio de una relación, subordinación en las relaciones de pareja, idealización de sus parejas, pánico ante la ruptura, miedo e intolerancia a la soledad, autoestima y autoconcepto muy bajos, tristeza e infelicidad (Castelló, 2006).

La frecuencia con la que se presenta dependencia emocional asociada al trastorno adictivo, sobre todo en la población de mujeres, ha resultado en la definición de una nueva patología denominada “bidependencia”: una dependencia relacional que

establece una persona adicta (o ex –adicta) sobre otro sujeto (sea éste adicto o no) (Blanco et al., 2010; Martínez, 2009). De esta forma, la persona bidependiente adquiere un hábito pasivizante y de falta de autonomía, depositando en la otra persona la toma de decisiones, estableciéndose una asimetría relacional (Blanco et al., 2010).

Este fenómeno, mencionado en muchas de las investigaciones del ámbito de las drogodependencias como una de las problemáticas específicas para en el tratamiento con mujeres, debe ser considerado con prudencia ya que como señala Martínez (2009) *“introduce un elemento patológico en el análisis de las relaciones heteroafectivas, invisibilizando el proceso de subordinación en la construcción de las relaciones de pareja”*.

El origen de la dependencia emocional en las mujeres puede estar asociado a las pautas culturales y tradicionales basadas en las diferencias de género (Castaño, 2009). El amor está arraigado en el ideal de género para las mujeres y se caracteriza por la entrega a los cuidados y atención de los otros: rol de madre para cuidar a la familia, rol de hija para cuidar al padre y/o la madre ya mayores, rol de esposa-compañera con su pareja (Lagarde, 1989; Martínez, 2009).

Todo ello genera el desarrollo de una personalidad dependiente que influye, entre otros, en la visión romántica de las relaciones por parte de las mujeres o en el concepto de amor centrado en aguantar o soportar para mantener la familia unida. Además, puede generar una tolerancia y normalización de situaciones extremas como el maltrato ejercido dentro de la pareja (Castaño, 2009).

Por lo tanto, si esta problemática no se trabaja desde un punto de vista terapéutico puede generar que las mujeres reproduzcan relaciones de pareja con

hombres maltratadores o se produzca una reincidencia en el consumo con parejas consumidoras (Castaño, 2009).

Estadios de cambio

Uno de los principales objetivos que debe incluir el trabajo con mujeres víctimas de violencia en la pareja es la toma de conciencia sobre su situación y la motivación para el cambio (Altell, 2011).

Para evaluar el grado de conciencia ante las situaciones de abuso y orientar la intervención en los distintos momentos de este proceso, puede resultar útil el modelo de Fases de Cambio de Prochaska y Di Clemente (2003) (Romero, 2010), ya que nos permite manejar una concepción dinámica del proceso por el que atraviesan las mujeres para emprender acciones de cambio (Manjón, 2012).

Son varias las investigaciones que se han llevado a cabo para estudiar la validez de este enfoque para categorizar a las mujeres víctimas de violencia de pareja (Alexander, Tracy, Radek y Koverola, 2009; Burke, Mahoney, Gielen, McDonnell y O'Campo, 2009; Burkitt y Larkin, 2008; Manjón, 2012) y para el trabajo terapéutico con mujeres víctimas de violencia de pareja (Dienemann, Glass, Hanson y Lunsford, 2007; Frasier, Slatt, Kowlowitz y Glowa, 2001; Zink, Elder, Jacobson y Klostermann, 2004; Hegarty, O'Doherty, Gunn, Pierce y Taft, 2008; Manjón, 2012).

En el contexto español el Modelo Transteórico del Cambio ha sido utilizado en el ámbito sanitario, al menos, en las Guías de Actuación para abordar la Violencia de Pareja hacia las Mujeres del Servicio Madrileño de Salud, tanto en Atención Primaria (Servicio Madrileño de Salud, 2008) como en Atención Especializada (Servicio Madrileño de Salud, 2010), así como en la “*Guía de Detección y atención psicosocial*

precoz de la violencia doméstica contra mujeres vulnerables” de la Asociación Salud y Familia de Barcelona (Méndez, 2008).

Las fases de cambio que proponen las diferentes investigaciones, son unas fases emocionales por las que atraviesa la mujer con respecto a la *toma de conciencia* de su situación de violencia (calificar su relación como abusiva), y el establecimiento y mantenimiento de los cambios que realiza para acabar con esa situación (Dienemann et al., 2007; Manjón, 2012; Romero, 2010; Servicio Madrileño de Salud, 2008; Zinc et al., 2004). Las características de cada fase quedarían resumidas de la siguiente manera:

FASE PRECONTEMPLATIVA O DE REALCIÓN CON ABUSO

- ▶ La mujer no tiene conciencia del problema
- ▶ No existe la menor posibilidad de cambio en un futuro próximo, en los siguientes 6 meses
- ▶ Niega, minimiza y racionaliza las conductas de abuso
- ▶ Mantiene el abuso en secreto e intenta afrontarlo ella sola
- ▶ Puede ver su relación de pareja como normal
- ▶ No se atreve a imaginar o sospechar que está siendo víctima de malos tratos
- ▶ Su lucha se centra muchas veces en que su pareja cambie, con escasos resultados
- ▶ No puede imaginar la vida sin su pareja
- ▶ Evita o niega sus propios sentimientos negativos
- ▶ No conecta el maltrato con los perjuicios que le conlleva
- ▶ Tiene especialmente presentes los buenos momentos de la relación

FASE CONTEMPLATIVA O DE RELACIÓN CON ABUSO CUESTIONADA

- ▶ Empieza a tomar conciencia de que existe una relación abusiva y/o problemática
- ▶ Está pensando seriamente emprender cambios en los próximos 6 meses, pero aún no se ha comprometido con el paso a la acción
- ▶ La relación con maltrato es seriamente cuestionada

- ▶ Puede ponerle nombre a lo que le está pasando por lo que reduce la confusión creada
- ▶ Puede empezar a hacer atribuciones correctas de su malestar
- ▶ La mujer reconoce el abuso, pero prefiere que sea secreto
- ▶ Puede empezar a plantearse alguna toma de decisiones aunque, de momento, los cambios no sean posibles
- ▶ Análisis de pros y contras respecto del posible cambio
- ▶ Intenta más frecuentemente que el agresor cambie, creyendo que ella puede ayudarlo a hacerlo
- ▶ Se cuestiona que su pareja vaya a cambiar con el tiempo y de que merezca la pena seguir así
- ▶ Surge el conflicto creciente entre la lealtad a la pareja y el sentimiento de injusticia por la propia situación

FASE DE PREPARACIÓN O DECISIÓN DE CAMBIAR LA RELACIÓN

- ▶ La mujer toma la decisión de cambiar su conducta a lo largo del próximo mes y elabora un plan para llevarlo a cabo
- ▶ La mujer va realizando pequeños cambios (ampliar la red social, realizar actividades de ocio, etc.)
- ▶ Pueden aparecer sentimientos de ambivalencia respecto de su relación y de la decisión de separarse de su pareja

FASE DE ACCIÓN O RUPTURA O CAMBIO EN LA RELACIÓN

- ▶ La mujer tiene ahora una idea más clara de hacia donde quiere dirigir su vida
- ▶ Empieza a tomar decisiones que suponen cambios
- ▶ Realiza cambios manifiestos para mejorar su situación de pareja (buscar trabajo, si no lo tenía, para independizarse económicamente; acudir a un grupo de autoayuda, etc.)
- ▶ Emprende nuevos cursos de acción para mejorar su salud y autonomía
- ▶ La ambivalencia disminuye
- ▶ La mujer prioriza su seguridad y emprende o exige cambios
- ▶ Es mas capaz de reconocer su ira y sus sentimientos

- La mujer elige romper el vínculo que la une con su maltratador, o luchar de un modo más firme por una vida sin violencia dentro de la relación sin esperar la colaboración de ella

FASE DE MANTENIMIENTO O PROSEGUIR RECONSTRUCCIÓN VITAL

- Puede que se produzca una recaída motivacional: reaparecen sentimientos de ambivalencia hacia el agresor y su situación anterior

Existen varios instrumentos de evaluación desarrollados en base a las Fases de Cambio: la *Domestic Violence Survivor Assessment* (DSVA) (Dienemann, Galss, Hanson y Kunsford, 2007) y la *Process of Change in Abused Women Scale* (PROCAWS) (Brown, 1999), ninguno adaptado a población española.

No se ha encontrado ningún instrumento de evaluación validado en población española, por lo que en el protocolo a elaborar se incluirá de manera experimental una escala *ad hoc* que evalúe todos estos estadios esta investigación se procede a la elaboración de una escala propia en base a la investigación que existe hasta el momento.

Red de apoyo

El apoyo social y la participación en actividades es una de las características que actuarán como amortiguador ante las situaciones de estrés (Echeburúa y Corral, 2005). La existencia de apoyo familiar o por parte de la pareja en el momento de iniciarse el tratamiento es un factor pronóstico de la evolución del mismo (Junta de Castilla y León, 2010). En este sentido, las mujeres soportan una mayor presión para finalizar el tratamiento, de manera que puedan asumir de nuevo sus responsabilidades (del hogar, del cuidado de lo/as hijos/as,...) (Junta de Castilla y León, 2010).

Instrumentos de evaluación de la violencia en la pareja

En la investigación con víctimas de malos tratos se utilizan diversas entrevistas semiestructuradas, escalas de cribado y/o diagnóstico, así como baterías de cuestionarios para evaluar las consecuencias psicológicas del maltrato (Alonso y Labrador, 2010; Echeburúa y Corral, 2005; Labrador, Fernández y Rincón, 2011; Junta de Castilla y León, 2010) (Ver tabla 8).

Tabla 8. *Batería de instrumentos para evaluar violencia de género en la pareja*

- ❖ Pauta de entrevista para víctimas de violencia doméstica (Labrador y Rincón, 2002)
- ❖ Entrevista semiestructurada para Víctimas de Violencia Doméstica (Alonso, 2007)
- ❖ Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997)
- ❖ Inventario de depresión de Beck (BDI) (Adaptación de Vázquez y Sanz, 1997)
- ❖ Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Versión española de Sanz y Navarro, 2003)
- ❖ Structured Clinical Interview for the DSM-IV (SCID) (Zimmerman, 1994)
- ❖ Escala de autoestima de Rosenberg (adaptación española de Echeburúa y Corral, 1998)
- ❖ Escala de Inadaptación (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000)
- ❖ Inventario de Cogniciones Postraumáticas (Foa, Ehlers, Clarck, Tolin y Orsillo, 1999).

Con el objetivo de poder tener una visión global de qué áreas son necesarias evaluar en relación a la violencia contra las mujeres en la pareja, principalmente los tipos de manifestaciones que puede adoptar cada tipo de violencia, se han revisado las escalas utilizadas tanto a nivel nacional como internacional.

En la investigación con mujeres drogodependientes, se han encontrado protocolos que evalúan la violencia en la pareja así como otros tipos de victimización

sufridos durante la infancia y la adolescencia, en la mayoría de los casos utilizando entrevistas o escalas diseñadas *ad hoc*.

Por lo que respecta al ámbito internacional, sobre todo norteamericano, se vienen haciendo esfuerzos desde los años 70 para disponer de una herramienta útil y fiable que permita medir la violencia contra las mujeres en el ámbito de la pareja (Observatorio de Salud de la Mujer, s.f.; Waltermaurer, 2005).

A pesar de estos esfuerzos, no existe un acuerdo en la comunidad científica a la hora de considerar el instrumento de medida más apropiado y fiable, debido a que tanto la definición de violencia como las teorías desde las que se han planteado los instrumentos de evaluación, han cambiando a lo largo del tiempo. Se ha pasado del puro registro de la violencia física por parte del agresor, a la consideración de una serie de variables que median en la respuesta psicológica de las mujeres ante dicho evento. No obstante, se ha extendido el uso de una serie de escalas y cuestionarios a nivel nacional e internacional.

En España, la mayoría de instrumentos de evaluación diseñados para el cribado y/o diagnóstico de la violencia contra las mujeres en la pareja no han sido validados. Las investigaciones realizadas desde el ámbito sanitario utilizan una serie de escalas y/o entrevistas semiestructuradas en su mayoría diseñadas *ad hoc*, por lo que nos encontramos ante una diversidad de formas de evaluar esta problemática. El *Index of Spouse Abuse* (ISA) de Hudson y McIntosh (1981) ha sido adaptado y validado en el contexto cultural español, siendo la más utilizada en el ámbito sanitario.

Seguidamente, se procede a la revisión de los instrumentos de diagnóstico utilizados en España, validados o simplemente traducidos al castellano, que se utilizan en el ámbito clínico (ver tabla 9).

Por lo que respecta al ámbito internacional, los criterios para la inclusión de cuestionarios han sido los siguientes:

- ❖ Posteriores al año 2000.
- ❖ Con proceso de validación en su país de origen.
- ❖ Uso en contexto clínico general o de asistencia a víctimas de violencia.

Se ha procedido a la clasificación de los ítems de las escalas analizadas agrupándolos en base a las variables que más frecuentemente se evalúan en relación a la violencia en el ámbito de la pareja (ver anexo 1)

Por lo que respecta a la revisión de las escalas, la mayoría coinciden en evaluar ciertas características del maltrato como son: control, posesividad y celos; aislamiento social y familiar; humillaciones, insultos y amenazas; percepción de inseguridad o miedo; violencia física; abuso sexual y abuso económico.

Tabla 9. *Instrumentos revisados*

NOMBRE	TIPO	Nº DE ÍTEMS	MODALIDAD DE RESPUESTA	NIVELES/DIMENSIONES/ SUBESCALAS
Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Maltrato Doméstico (Echeburúa y Corral, 1998)	Diagnóstico	25	Preguntas abiertas y cerradas	Maltrato psicológico, físico y sexual
GENACIS, 2004	Cribado	22	Escala Likert/Escala de graduación 1-10	Maltrato psicológico, físico y sexual (incluye abuso en la infancia-adolescencia) Valoración subjetiva de la peligrosidad
Inventario de Evaluación del Maltrato por su pareja (APCM) (Matud, 2001)	Diagnóstico	56	Escala Likert con (Nunca-Casi siempre)	Maltrato psicológico; Maltrato físico
Violencia en la relación de pareja y adicción a drogas (Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009; modificado)	Diagnostico	18	Sí/No	Maltrato físico, psicológico y sexual
Escala de detección y evaluación de abuso y malos tratos (EDAM) (Ramos, Sistema Murciano de Salud, 2010)	Diagnóstico	113	Sí/No	Aislamiento y abuso social; Desvalorización y destrucción de la autoestima; Amenazar e intimidar; Abuso económico; Control y dominio; Abusos y agresiones sexuales; Violencia física; Chantaje emocional
Index of Spouse Abuse (ISA) (Hudson y McIntosh, 1991, validado por el Observatorio de Salud de la Mujer) ()	Diagnóstico	30	Escala Likert (Nada- Muy frecuentemente)	Abuso físico; Abuso no físico
Dangerous Assessment Tool (DA) (Campbell, 2004, adaptación de A. Andrés Pueyo, GEAV-UB)	Diagnóstico	20	Sí/No	Predicción del riesgo

(Cont.)

NOMBRE	TIPO	Nº DE ÍTEMS	MODALIDAD DE RESPUESTA	NIVELES/DIMENSIONES/ SUBESCALAS
<i>Computer Screening Intimate Partner Violence</i> (Rodes et al., 2002)	Cribado	11	Sí/No	Abuso emocional; Control y aislamiento social; Sentimientos de miedo; Abuso físico actual; Violencia fuera de la pareja
<i>Abuse Disability Questionnaire</i> (McNamara et al., 2000)	Diagnóstico	30	Escala Likert con 5 anclajes (None-Some-Moderate-Much-Excessive)	Abuso emocional/psicológico, físico, y sexual; Consecuencias negativas del maltrato: sensaciones subjetivas de discapacidad en diversos ámbitos de la vida
<i>Intimate Justice Scale</i> (Jory, 2004)	Cribado	15	Escala de 1-5 (en desacuerdo-de acuerdo)	Abuso psicológico; Violencia física; Dinámicas éticas de la relación de pareja
<i>Norvoid Abuse Questionnaire</i> (Nordic Researc Network, 2003)	Diagnóstico	80 (13 sobre abuso)	1= No; 2= Sí, cuando era menor de 18 años; 3= Sí, cuando era mayor de 18 años; 4= Sí de pequeña y adulta	Grado de abuso a lo largo de la vida; Abuso emocional, físico y sexual y maltrato; Violencia contra la mujer en general, preguntas específicas dentro de la pareja; Autoestima

FASE B: PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE NECESIDADES PROPUESTO

El protocolo de evaluación de necesidades propuesto tiene como objetivo realizar una valoración de los tipos de violencia contra las mujeres que se han considerados relevantes, la comprensión del contexto en el que acontecen así como el sentido que tiene para ellas.

B.1: DESARROLLO DE ÍTEMS

Parte de la información recogida en el protocolo de evaluación de necesidades incluye apartados que se contemplan en la evaluación inicial que se realiza cuando las usuarias acuden a algún recurso de la red asistencial de drogodependencias –datos sociodemográficos, historia toxicológica, comorbilidad psiquiátrica, núcleo de convivencia actual, nivel de estudios, fuente de ingresos principal, presencia de hijos/as- A pesar de ello, se ha considerado necesario recoger esta información para poder conocer las necesidades terapéuticas de las mujeres drogodependientes.

Se asume que si el protocolo fuera utilizado en la red de atención a la drogodependencia como instrumento de evaluación, se realizaría una fusión de la información anteriormente mencionada y la propia de la violencia. Tan sólo en recursos generales de carácter privado tendría que recogerse toda la información.

A continuación se presentan las variables estudiadas dentro de cada uno de los bloques de análisis que se han establecido.

Datos sociodemográficos

En este apartado se han recogido datos tales como: nombre y apellidos, edad, país de nacimiento y años de residencia en España (en el caso de que sea extranjera).

Para estas variables la modalidad de respuesta era abierta.

- A. Nombre y siglas de los apellidos:** _____
- B. Edad:** _____
- C. País de nacimiento:** _____ **C.1. Años de residencia en España** _____

Además, se ha preguntado por el núcleo de convivencia actual, la fuente principal de ingresos y el nivel de estudios. Para cada una de las variables se presenta una serie de alternativas de respuesta.

1. Núcleo de convivencia actual: ¿Con quién convive actualmente?

1. ☐ Sola
2. ☐ Pareja
3. ☐ Pareja e hijas/os
4. ☐ Hijas/os
5. ☐ Familia de origen
6. ☐ Otros familiares
7. ☐ Amistades (no pareja sentimental)
8. ☐ En un recurso asistencial. Especificar: _____
9. ☐ En la calle
10. ☐ Otros. _____

2. Nivel de estudios:

1. ☐ Sin estudios
2. ☐ Estudios primarios (graduado o certificado escolar)
3. ☐ Estudios medios (ESO, Bachiller o ciclo medio)
4. ☐ Estudios superiores (Universidad o ciclo superior)
5. ☐ Otros. Especificar _____

3. Fuente principal de ingresos (puede elegir más de una opción):

1. ☐ Actividad laboral
2. ☐ Familia de origen
3. ☐ Familia propia (pareja, hijas/os)
4. ☐ Prestaciones sociales (pensiones, ingreso mínimo de inserción,...)
5. ☐ Prestaciones por desempleo
6. ☐ Trapicheo de drogas
7. ☐ Prostitución
8. ☐ Mendicidad
9. ☐ Otras: _____

Aspectos relacionados con el consumo de drogas y el tratamiento

En este apartado se han recogido datos sobre el recurso en el que se encontraba en el momento de la entrevista –con diferentes opciones de respuesta-, tiempo de permanencia en tratamiento –respuesta abierta, codificada posteriormente en días- y modalidad de tratamiento –con diferentes opciones de respuesta y posibilidad de respuesta múltiple-.

D. Recurso en el que se encuentra actualmente recibiendo tratamiento:

- | | |
|--------------------------|------------------------------|
| 1. UCA | 2. Centro de Día |
| 3. Comunidad Terapéutica | 4. Centro de Día Residencial |
| 5. CIBE | 6. Tratamiento privado |

E. ¿Cuánto tiempo lleva en tratamiento? _____

F. Modalidad de tratamiento:

1. Individual
2. Grupal
 - i. Mixto
 - ii. Específico mujeres
3. No recibe tratamiento

También se ha incluido en este apartado información sobre el consumo de drogas: edad de inicio de consumo, frecuencia y cantidad consumida en el período de consumo regular –con diferentes opciones de respuesta-, ultimo consumo- en días-, vía

de consumo habitual –con diferentes opciones de respuesta-, número de intentos de reducción o cese del consumo, máximo período de no consumo- respuesta abierta, codificado posteriormente en días-. Para recoger esta información se diseñó una tabla que puede consultarse en el anexo 2.

Patología asociada al consumo

Se ha evaluado la existencia de algún trastorno mental previo diagnosticado, así como la fecha aproximada del mismo, ambas con modalidad de respuesta abierta.

G. Trastorno mental: _____

G.1. Fecha del diagnóstico: _____

Hijas/os bajo tutela

En este apartado se ha preguntado si tenían hijas/os mayores y menores de edad y sus edades, si tenían hijas/os bajo tutela –respuesta dicotómica Sí/No- , la edad de cada uno/a de los/as hijos/as que tenía bajo tutela, el tipo de tutela (Casa de acogida, Familia de acogida o con algún familiar) la persona que tenía la tutela –respuesta abierta-, si le habían retirado la custodia –respuesta dicotómica Sí/No-, y el tipo y frecuencia de contacto –respuesta abierta-

4. Número de hijas/os: _____

4.1 Menores de edad: ¿Cuántas/os? _____ Edad: _____

4. ¿Tienes hijas/os bajo tutela? 1. Sí 2. No

HIJA/O (Edad)	Tipo de tutela	¿Quién tiene la tutela?	¿Te han retirado la guardia custodia?	Tipo y frecuencia de contacto

Familia de origen

En este apartado se ha recogido información sobre ciertos comportamientos que realizaban las figuras de referencia con las que han convivido durante su infancia. Se ha pedido que registren la frecuencia con la que realizaban estos comportamientos en una escala de respuesta de 0= Nunca hasta 10=Siempre. Además, se ha posibilitado que puedan escribir, en el caso de que respondan en base a algún familiar distinto al padre y la madre, de quién se trata.

6. Valora en una escala de 0 a 10 quién o quiénes realizaban los siguientes comportamientos durante la infancia, siendo 0: No lo realizaba y 10: Lo realizaba siempre.

	MADRE	PADRE	OTROS	OTROS
1. Trabajo doméstico				
2. Cuidado y educación de las/os hijas/os				
3. Imposición de normas en casa				
4. Dificultad para poner límites				
5. Manejo del dinero				
6. Muestras de afecto				
7. Maltrato psicológico (insultos, descalificaciones, humillaciones) entre la pareja				
8. Amenazas entre la pareja				
9. Agresiones físicas (golpes, palizas,...) entre la pareja				
10. Consumo de alcohol u otras sustancias				
11. Abandono del hogar				

Violencia durante la infancia-adolescencia

En este apartado se valoran tres tipos de maltrato infantil (maltrato físico, maltrato psicológico y abuso sexual) así como otros tipos de violencia que pueden ser experimentados en la infancia (*bullying* y *bullying* docente). Para cada caso, se pregunta la edad en la que sucedió, la persona que ejerció el tipo de violencia, así como el patrón de la misma (puntual o reiterado).

7. Durante su infancia o adolescencia, ¿sufrió por parte de algún miembro de su familia o ajeno a ella (vecina/o, amiga/o de la familia o desconocido) alguna de las siguientes formas de agresión? Indique qué edad tenía, si sucedió una o más veces y quién ejerció la agresión. **Indique**

1: Puntual 2. Reiterado

	Edad	Puntual o reiterado	¿Quién?
1. Maltrato físico			
2. Maltrato psicológico			
3. Abuso sexual			
4. Agresión sexual			
5. Acoso escolar entre iguales (bullying)			
6. Acoso escolar de profesora/es (bullying docente)			

Acoso sexual en el trabajo

En este apartado se ha evaluado si habían sufrido alguna manifestación de acoso laboral. Para ello se ha escogido la escala utilizada en la investigación llevada a cabo por el Instituto de la Mujer (2006), en la que se presenta un listado de comportamientos con connotaciones sexuales, metodología que ha mostrado ser más sensible a la hora de obtener datos sobre incidencia, que la formulación de preguntas directas (acoso reconocido e identificado como tal por las personas que responden) (Ferrer, 2009; Pernas, Olza y Román, 2000; Stockdale, Vaux y Cashin, 1995). Se ha utilizado una escala de respuesta tipo Likert con cuatro puntos con los siguientes anclajes verbales:

1. “Nunca”, 2. “Alguna vez”, 3. “Bastantes veces” y 4. “Muchas veces”.

Se ha realizado una pequeña modificación de la escala original:

- Acoso leve*: originalmente son 5 ítems, pero se han juntado dos de ellos y se ha denominado “presión verbal”, que incluye chistes sexistas y piropos.
- Acoso grave*: igual que el original, 4 ítems.
- Acoso muy grave*: originalmente 5 ítems, pero se han juntado dos de ellos, quedando “Abrazos, besos, tocamientos, pellizcos”.

Además de valorar si han sufrido alguna experiencia de acoso laboral y por parte de quién, se pregunta qué hicieron al respecto ante cada una de las situaciones.

8. Marque con una X si le ha ocurrido alguna de las siguientes formas de acoso laboral en su puesto de trabajo, indique quién lo realizó y qué hizo al respecto, siendo:

1.No hizo nada

2.Evitar a la persona

3.Enfrentarse a la persona

4.Quejarse a sus jefe/as

5.Buscar respaldo de otros

6.Otros (indicar)

	NUNCA	ALGUNA VEZ	BASTANTES VECES	MUCHAS VECES	¿QUIÉN?	¿QUÉ HIZO AL RESPECTO ?
1. Presión verbal (chistes sexistas, piropos)	1	2	3	4		
2. Gestos y miradas insinuantes	1	2	3	4		
3. Acercamientos Excesivos	1	2	3	4		
4. Pedir citas Continuamente	1	2	3	4		
5. Preguntas sobre la vida sexual	1	2	3	4		
6. Insinuaciones Sexuales	1	2	3	4		
7. Pedir relaciones sexuales sin presiones	1	2	3	4		
8. Presionar después de la ruptura con la pareja	1	2	3	4		
9. Abrazos, besos, tocamientos, pellizcos	1	2	3	4		
10. Acorralamientos y presiones para obtener sexo a cambio de mejoras o amenazas	1	2	3	4		
11. Realizar actos sexuales bajo presión de despido	1	2	3	4		
12. Asalto sexual	1	2	3	4		

Violencia en la pareja o ámbito familiar

Siguiendo la investigación llevada a cabo por Amor et al. (2010), se ha incluido en el protocolo tres preguntas a modo de *screening*, donde se rastrea con qué persona o personas ha vivido situaciones de violencia y si estas situaciones se han dado en el último año. Estas preguntas nos aportan información sobre quién o quiénes han ejercido

los malos tratos así como si esta situación se está dando en la actualidad o recientemente (menos de un año).

9. ¿Ha vivido alguna situación de violencia en relaciones familiares o de pareja o con alguna persona con la que convive, a lo largo de su vida? 1. Sí 2. No

9.1. En caso afirmativo, la persona que causa o ha causado el maltrato es:

- | | |
|-------------|-----------------|
| 1. Pareja | 4. Madre |
| 2. Hijas/os | 5. Hermanas/os |
| 3. Padre | 6. Otros. _____ |

9.2. Estas situaciones de violencia, ¿se han producido **durante el último año**?

1. Si 2. No

Con el objetivo de evaluar el tipo de violencia sufrido y la frecuencia, se ha elaborado una escala propia que intenta recoger las diferentes manifestaciones de cada tipo de violencia. Los ítems se han redactado en pasado debido a que, en el caso de que en el momento de realizar la entrevista ya no se encontraran con la pareja que ejercía la violencia, no tuvieran ningún tipo de resistencia a reconocer las situaciones escritas en presente. Además, como refieren Arostegui y Urbano (2004) parece que es difícil el reconocimiento por parte de las mujeres de que su pareja actual es la persona que está ejerciendo el maltrato, además de ser más fácil hablar en pasado al referirnos a experiencias dolorosas y traumáticas. Se ha utilizado una escala de respuesta tipo Likert con cuatro puntos con los siguientes anclajes verbales: 1. “No me ha ocurrido”, 2. “A veces”, 3. “Bastantes veces” y 4. “Muchas veces”.

Así, las manifestaciones de cada tipo de violencia quedarían de la siguiente manera:

- **Maltrato psicológico:** ridiculización, desprecios, descalificaciones, humillación e insultos, aislamiento social y familiar, celos, posesividad, amenazas a la mujer, y amenazas de suicidio por parte de la pareja.
- **Maltrato económico:** retirar el acceso a dinero.

- **Maltrato ambiental:** amenazas verbales de maltrato a las/os hijas/os, algún familiar o animal doméstico o agresión a las/os hijas/os.
- **Violencia física:** empujones, golpear, bofetadas, puñetazos, palizas.
- **Violencia sexual:** imposición de contacto sexual contra su voluntad, desarrollo de prácticas sexuales que no desea y prostitución forzada por dinero y/o drogas.

Además, con el objetivo de evaluar la percepción de riesgo general de la mujer, se ha incluido el ítem “He temido por mi vida”

Problemas psicológicos

A pesar de que está muy extendido el uso de baterías de cuestionarios para rastrear el impacto a nivel psicológico en las mujeres, para el objeto de estudio de esta investigación se decidió no incluir ninguna de ellas, aunque sí incorporar una variable general de malestar psicológico o problemas derivados del maltrato.

No puede obviarse que en el tratamiento de la conducta adictiva ya se incluye un rastreo exhaustivo de comorbilidad psiquiátrica.

En este apartado se evalúa el grado en el que las participantes consideran que las situaciones de maltrato vividas les han generado diferentes problemas en una escala de 0=Nada hasta 10=Mucho-. Se incluyen: sensación de fracaso personal, culpabilidad, soledad, problemas para dormir, impotencia, inseguridad, pérdida de control ante las situaciones, dificultad para manejar las emociones, dificultad para expresar y recibir sentimientos de ternura, pensamientos de suicidio, intentos de suicidio, miedo, tristeza, ansiedad, ira, rabia, enfado, problemas de salud físicos (dolores de cabeza, espalda o cuello, dolor crónico, problemas digestivos,...) y problemas de alimentación.

Parejas consumidoras

Se pregunta cuántas parejas han tenido, cuántas de ellas han sido consumidoras y si la pareja actual es consumidora.

Aspectos judiciales

Se pregunta el número de denuncias interpuestas a alguna de sus parejas; si ha retirado alguna de ellas y los motivos; si tienen denuncias en curso en el momento de la entrevista; las medidas de protección actuales; si se está respetando esa medida de protección; si alguien ha tenido que abandonar el domicilio familiar y, en ese caso, quién fue y dónde se alojó.

Atribución de la responsabilidad en las situaciones de maltrato de la pareja

En este apartado se pregunta por la atribución de la responsabilidad que realizan las mujeres ante las situaciones de maltrato por parte de la pareja. Se ha elaborado una escala en la que se recogen diferentes atribuciones que pueden realizar las mujeres sobre la violencia sufrida en la relación de pareja. Se ha utilizado una escala de respuesta tipo Likert con cuatro puntos con los siguientes anclajes verbales: 1. “Nunca”, 2. “Alguna vez”, 3. “Bastantes veces” y 4. “Muchas veces”. Los distintos tipos de atribuciones quedarían diferenciados de la siguiente manera:

- *Atribución interna*: consideran que las situaciones de violencia en la pareja se generan debido a su manera de ser.
- *Atribución externa*: las situaciones de violencia se originan debido a características que tengan que ver con las *conductas* que realiza la pareja o su *carácter*; o bien a factores externos a los miembros de la pareja.

Además, algunos ítems evalúan el grado en que las creencias sobre las relaciones de pareja y la violencia y los estereotipos de género femeninos están mediando el proceso atribucional.

En la tabla 10 se detallan los ítems incluidos y la asignación de los mismos a los diferentes tipos de atribuciones. Como se puede observar cada ítem se puede clasificar en cuanto a atribución externa/interna, conductual/caracterial, si refleja una creencia

sobre las relaciones de pareja o si la atribución está mediada por los estereotipos de género femeninos.

Tabla 10. Ítems incluidos en la escala y asignación a los diferentes tipos de atribuciones. La clasificación se ha realizado desde la perspectiva de la mujer.

Ítem	Interna	Externa	Caracterial ¹	Conductual	Estereotipo género	Creencias relaciones de pareja
Al consumo de drogas		X		X		
A su manera de afrontar los problemas o dificultades		X	X			
Porque yo le he dado motivos	X			X		
Porque no me valora		X				
Porque son situaciones normales en una relación de pareja		X				X
Porque es una manera que tienen los hombres de solucionar los problemas		X			X	
Por no comportarme como una buena mujer	X			X	X	
Porque no le daba lo que él necesitaba	X			X	X	
Porque no sé callarme cuando toca	X		X		X	
Porque cuando él tiene problemas, tenemos discusiones		X				
Porque no he sabido atender a mi familia como tocaba	X			X	X	
Por mi manera de ser	X		X			
Porque es machista		X	X			

(Cont.)

Ítem	Interna	Externa	Caracterial ¹	Conductual	Estereotipo género	Creencias relaciones de pareja
Porque ha tenido problemas con su familia		X				
Porque tiene problemas con su familia		X				
Porque tiene mucha presión en el trabajo		X				
Lo hace para castigarme	X		X	X		
Lo hace para enseñarme	X		X	X		

¹ Atribución de la responsabilidad a la forma de ser o rasgos del carácter.

Estrategias de afrontamiento

En este apartado se ha preguntado por los pensamientos o conductas que han realizado en algún momento ante las situaciones de maltrato de sus parejas o ex – parejas. Se ha utilizado una escala de respuesta tipo Likert con cuatro puntos con los siguientes anclajes verbales: 1. “Nunca”, 2. “Alguna vez”, 3. “Bastantes veces” y 4. “Muchas veces”. La clasificación de las diferentes estrategias de afrontamiento evaluadas en esta escala quedaría de la siguiente manera:

- **Confrontación**

- Amenazar a mi pareja (no de manera violenta)
- Enfrentarme a él con violencia (gritar o golpear)

- **Búsqueda de apoyo social o soluciones**

- Acudir a un grupo de autoayuda
- Llamar a la policía
- Contactar con un/a abogado/a

- **Autocontrol**
 - No salir con mis amistades, quedarme en casa
 - Sentir que no era capaz de parar la violencia ni de protegerme a mí misma (ítem inverso)
- **Distanciamiento:**
 - Pensar que tampoco era tan grave, que podía aguantarlo
 - Evitar pensar en el problema
- **Reevaluación positiva:**
 - Centrarme en mi trabajo
- **Inventar estrategias concretas para algunas situaciones:**
 - Mentir a mi pareja para que no se enfadara y yo hacer lo que quisiera
- **Pedir la exclusión del agresor de su hogar:**
 - Pedirle a mi pareja que se fuera de casa
- **Creencia de que el agresor puede cambiar**
 - Hacer que me prometiera que no volvería a ocurrir
 - Pensar que no volvería a pasar
- **Aguantar o acostumbrarse:**
 - Creer que no podía hacer nada para cambiar la situación
 - Creer que es lo que me ha tocado en la vida

Importancia de las relaciones de pareja

En este apartado se ha preguntado por aspectos relacionados con las relaciones de pareja: Necesidad de tener pareja para sentirse bien (ítems 1, 4, 5 y 8); Corto período de tiempo entre una pareja y otra (ítems 2 y 3); Intolerancia a la soledad (ítem 6); Necesidad de acceso constante a la pareja (ítem 9); Pánico ante la ruptura (ítems 10- inverso- y 11); Idealización de las personas al principio de conocerlas (ítem 13); y

Necesidad de aprobación de los demás (ítem 12). Se ha utilizado una escala dicotómica De acuerdo/En desacuerdo.

16. Señale si está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones.

	DE ACUERDO	EN DESACUERDO
1. Siempre he necesitado tener pareja para sentirme bien		
2. He tenido pareja la mayor parte del tiempo		
3. No ha transcurrido mucho tiempo entre una pareja y otra		
4. Cuando no he tenido pareja he sentido que me faltaba algo		
5. Cuando no he tenido pareja he sentido que mi vida no tenía sentido		
6. No soporto estar sola		
7. He dejado de hacer muchas cosas por mi pareja		
8. Tener pareja hace que me sienta valorada		
9. Necesito saber sobre mi pareja, tener contacto con ella continuamente, si no me desespero		
10. Si detectara de manera prolongada falta de cariño, desprecios y humillaciones rompería mi relación		
11. He aceptado o aceptaría cualquier cosa, incluso infidelidades repetidas, con tal de no romper mi relación		
12. Necesito gustar a toda costa a cualquier persona, caerles bien, de lo contrario me preocupo y me entristezco mucho		
13. Me ilusiono en exceso al principio de una relación, muchas veces sin apenas conocer a la otra persona		

Estadios de cambio

Se ha elaborado una escala para valorar los estadios de cambio, siguiendo las aportaciones de los estudios con mujeres víctimas de malos tratos. Además, teniendo en cuenta la población objeto de estudio, se ha incluido un ítem (“Creo que si dejara de consumir, los problemas con mi pareja desaparecerían”) que refleja la interacción de la problemática de la drogodependencia con la violencia en la pareja. En este caso, la mujer consumidora puede pensar en la solución mágica de la abstinencia (Chait, 2005) como capaz de parar el maltrato de su pareja/para parar el maltrato de la pareja. Es decir, cuando una mujer se identifica con este pensamiento es porque se encuentra aún

sumida en la idea de que la conducta que ella realice tendrá una consecuencia de cambio en su pareja.

Se ha utilizado una escala de respuesta tipo Likert con cinco puntos con los siguientes anclajes verbales: 1. “No estoy muy de acuerdo”, 2. “No estoy de acuerdo”, 3. “Indecisa o insegura”, 4. “Estoy de acuerdo” y 5. “Estoy muy de acuerdo”. Los ítems desarrollados para cada una de las fases de cambio serían los siguientes:

Precontemplación

“Creo que los problemas que tengo ahora mismo no tienen nada que ver con mi relación de pareja”

“Considero que la forma de relacionarme con mi pareja es normal”

“Aunque tenemos discusiones, valoro especialmente los momentos positivos que tenemos”

“Creo que si dejara de consumir, los problemas con mi pareja desaparecerían”

“Creo que mi pareja puede cambiar si recibe ayuda”

“Creo que los malos tratos dentro de la pareja no deben hacerse públicos”

Contemplación

“A veces me pregunto si estaré siendo víctima de malos tratos por parte de mi pareja”

“Mi pareja no me trata de manera adecuada”

“No sé si debería de cambiar la manera de relacionarme con mi pareja”

“Mi pareja no me valora”

“Me gustaría hablar con alguien sobre mi relación de pareja”

“No sé si podré ayudar a mi pareja a cambiar”

Preparación

“Es el momento de pensar más en mí misma”

“La manera de relacionarme con mi pareja me ha causado un daño grave”

“Si mi pareja no cambia, tendré que tomar alguna decisión”

“Quiero cambiar la forma de relacionarme con mi pareja”

“Mi pareja me maltrata”

Acción

“No creo que mi pareja pueda cambiar”

“Estoy haciendo cosas para mejorar mi salud”

“Ahora tengo más control sobre la situación con mi pareja”

“He empezado a realizar algunos cambios en mi relación de pareja”

Mantenimiento

“Quiero seguir trabajando sobre mí misma y alcanzar todos los objetivos que me proponga”

“Quiero ayuda para evitar volver a la situación de maltrato con mi pareja (u otras parejas)”

“Durante mucho tiempo estuve con una pareja que me maltrataba pero ahora eso ya no me ocurre”

“Ahora que ya he cambiado mi manera de relacionarme con mi pareja, quiero mantener los cambios que he logrado”

Red de apoyo

En este apartado se ha preguntado si le han contado a alguna persona a ella los problemas con sus parejas –respuesta dicotómica Sí/No-; a quién se lo han contado –familiar, amiga/o, profesional-; en qué personas se apoyan en el momento de realizar la entrevista –respuesta abierta- y si frecuentan alguna institución cultural, asociación de vecinos, en el colegio,...-respuesta abierta-.

Presión para abandonar el tratamiento

En este apartado se ha preguntado si sentían presión para abandonar el tratamiento por parte de alguna persona cercana a ellas (madre, padre, pareja o ex –pareja, hijas/os, otros familiares y amistades).

B.2: EVALUACIÓN INTERJUECES

Con el objetivo de valorar la pertinencia de las variables incluidas en el protocolo, examinar la idoneidad de los ítems, así como valorar la necesidad de incluir aspectos no contemplados en el mismo, se realizó una “valoración de interjueces”, contactando con 4 profesionales (un abogado, una trabajadora social y dos psicólogas) expertas en el ámbito de las drogodependencias y la violencia de género. Se les pidió que revisaran el instrumento de evaluación de manera anónima y valoraran la idoneidad del mismo en el contexto de las drogodependencias. Las aportaciones de todas ellas fueron consideradas para elaborar la versión definitiva del protocolo.

Las profesionales coincidieron en las áreas de evaluación y en algunas de ellas plantearon mejoras en la recopilación de información –alternativas de respuesta-. La versión final fue aceptada por todas ellas.

B.3: MODIFICACIONES

Desde el primer boceto del protocolo hasta el formato final se sucedieron una serie de cambios con respecto variables incluidas, orden de las mismas, planteamientos y alternativas de respuestas. A continuación se detallan algunas de estas modificaciones:

- En un principio no se preguntaba sobre el **tratamiento** que las participantes estaban recibiendo, sólo se preguntaba por el recurso al que asistían. Posteriormente, se consideró una información relevante que podría indicarnos si alguna mujer estaba asistiendo a un programa específico de mujeres, si era el caso.
- **Comorbilidad psiquiátrica:** Se ofrecía un listado de los diferentes trastornos recogidos en el Manual diagnóstico DSM-IV para conocer si tenían diagnosticado alguno de ellos. Tras la revisión, se decidió formular la variable como pregunta abierta ya que, en el caso de que tuvieran algún diagnóstico, serían conocedoras del

mismo (aunque no supieran exactamente el nombre técnico) y, de esta forma, facilitábamos las respuestas de las participantes.

- **Fuente de ingresos principal** estaba compuesta por seis opciones de respuesta: Actividad laboral; Familia de origen; Familia propia (pareja, hijas/os); Prestaciones sociales (pensiones, ingreso mínimo de inserción,...); Prestaciones por desempleo; Otras actividades (trapicheo de drogas, mendicidad,...). En la revisión se consideró relevante conocer, en el caso de que la respuesta de las participantes fuera “Otras actividades”, de qué actividades se trataba por lo que se decidió añadir más opciones de respuesta tales como “Prostitución”, “Mendicidad” y “Trapicheo de drogas”. El hecho de separar la opción de respuesta “Otras actividades” nos ofrece información sobre las situaciones de exclusión social que implican mayor vulnerabilidad (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).
- El enunciado de la variable “**Tutela hijas/os**” se formulaba: “¿Tienes hijas/os *en custodia*?”. Tras ser revisada por la trabajadora social que participó en la evaluación interjueces, se modificó a “¿Tienes hijas/os *bajo tutela*?” Además, esta variable se dividía en tres preguntas con el objetivo de conocer si tenían hijas/os *en custodia*, con quién vivían y dónde vivían. Tras la revisión se consideró oportuno elaborar una tabla donde se recogiera información sobre la edad del/de la hijo/a que está bajo tutela, el tipo de tutela, quién tiene la tutela del/ de la menor, si le han retirado la guardia custodia y el tipo y frecuencia de contacto.
- **Familia de origen:** La confección de esta variable sufrió varias modificaciones. En un principio la tabla contenía tres columnas en las que se incluía “Madre”, “Padre” y “Ambos” en referencia a los cuales se debía realizar una valoración sobre los comportamientos expuestos. La forma de respuesta era indicar con una cruz quién o quiénes realizaban esos comportamientos. Tras las revisiones, se consideró

oportuno eliminar la columna “Ambos” e incluir varias columnas donde pudiera ser anotado, si procedía, algún/a familiar con el/la que había convivido durante su infancia y había sido una figura relevante en su educación. Además, se modificó el formato de respuesta y se determinó que era preferible valorar a cada uno de los miembros con los que había convivido en una escala de 0 a 10, donde 0 significaba “No lo realizaba” y 10 “Lo realizaba siempre”, debido a que la respuesta dicotómica Sí/No, que se desprendía con la cruz indicada, podía no reflejar el hecho de que cada uno de los miembros pudiera realizar los comportamientos descritos en grados diferentes.

- **Violencia infancia-adolescencia:** En el primer boceto del protocolo esta variable se componía de dos preguntas: una en la que tenía que marcar Sí/No en referencia a si había sufrido “Maltrato físico”, “Maltrato psicológico”, “Abusos sexuales” y “Acoso escolar”; y otra pregunta que tenía opciones múltiples en cuanto a quién había ejercido el tipo de violencia. De esta forma, no quedaba bien recogida la información en el caso en el que hubieran sufrido más de una de las manifestaciones que se valoraban, por lo que se decidió elaborar una tabla en la que se recogieran los tipos de violencia ya mencionados, cambiando “Acoso escolar” por “Acoso escolar entre iguales (*bullying*)” y “Acoso escolar de profesore/as (*bullying* docente)”, la edad en la que ocurrió, quién ejerció la violencia y si fue un hecho puntual o reiterado.
- **Situaciones de violencia en el ámbito de pareja o familiar:** En un principio esta variable evaluaba únicamente la violencia ejercida por la pareja. Se consideró oportuno ampliar la escala al ámbito familiar e incluir, previamente a dicha escala, unas preguntas en las que se recogiera información sobre qué personas habían ejercido el maltrato. En estas tres nuevas preguntas, una de ellas evalúa si los

hechos son recientes (“Estas situaciones de violencia, ¿se han producido durante el último año?”), información importante a la hora de adecuar estrategias de afrontamiento. Además, cuando se revisaron los ítems de los que constaba la escala de violencia en el ámbito familiar de pareja, se detectó un exceso de ítems sobre violencia sexual y una carencia de ítems sobre violencia física. Por lo tanto, se realizaron los ajustes oportunos, con el fin de equilibrar los tipos de manifestaciones de violencia.

- **Asistencia médica:** El primer boceto contenía una pregunta sobre si había recibido asistencia médica en alguna ocasión debido a las lesiones provocadas por el maltrato de la pareja. Tras la revisión, se decidió eliminarla debido a que este dato no aporta información útil para el objetivo de esta investigación.
- **Aspectos judiciales:** En un principio, se redactaron ciertas preguntas en relación a aspectos judiciales que pretendían conocer si habían interpuesto alguna denuncia a sus parejas o ex –parejas, si habían retirado alguna de ellas así como si tenían una orden de alejamiento en la actualidad. Cuando el abogado que participó en la evaluación interjueces revisó el protocolo consideró que era necesario ampliar este apartado para conocer los motivos de la retirada de la denuncia, si tenían alguna medida de protección en la actualidad (no sólo orden de alejamiento sino también añadir “prohibición de comunicación”) así como si en algún momento algún miembro de la pareja había tenido que abandonar el domicilio familiar y, en el caso de que así hubiera sido, dónde se había alojado.

2. APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN. ESTUDIO PILOTO

La finalidad del estudio piloto es determinar posibles dificultades de comprensión y adecuación lingüística, la idoneidad del orden de las variables dentro del instrumento de evaluación así como la de los ítems de cada escala y la aceptación y comprensión de los mismos.

Se realizó un estudio con 18 mujeres de diferentes recursos de la red asistencial de drogodependencias de la Comunidad Valenciana (Ver tabla 11). Con los resultados obtenidos se procedió a realizar los ajustes pertinentes para su comprensión y su precisión.

Tabla 11. *Recursos de la red asistencial que han participado en la investigación y número de participantes.*

RECURSO	n
Centro de Intervención de Baja Exigencia (CIBE) Marítim (Valencia)	2 (11,1%)
Comunidad terapéutica Proyecto Hombre (Valencia)	9 (50%)
Comunidad terapéutica Llaurant la Llum (Picassent, Valencia)	5 (27,7%)
Unidad de Alcoholología (Valencia)	2 (11,1%)
	T= 18

Participantes

Los criterios de inclusión que se han utilizado en esta investigación son los siguientes: (mujeres)

- Ser mayor de 18 años.
- Ser usuaria de algún recurso de la Red de Atención a la Drogodependencia del ámbito público o privado.
- Haber sufrido algún tipo de violencia contra las mujeres incluido en el protocolo de evaluación.

Procedimiento

Para la captación de participantes se estableció contacto con diferentes recursos de la red asistencial de drogodependencias de la Comunidad Valenciana (n=8). Se explicó el objeto de estudio de esta investigación a los/as profesionales con los/as que contactamos y se les pidió que seleccionaran a las participantes que se ajustaran/cumplieran los criterios de inclusión (ver participantes).

De los ocho centros con los que se contactó, sólo se pudo finalmente acudir a realizar las evaluaciones a cuatro de ellos (ver tabla 11 del Objetivo 2) debido a que no trabajaban con población de mujeres o no tenían mujeres en tratamiento en esos momentos. Además, otros dos centros que sí contaban con población de mujeres que cumplían criterios de inclusión, se comprometieron a ponerse en contacto con el equipo investigador, pero finalmente no lo hicieron.

La mayoría de profesionales respondieron que eran desconocedores/as de si las usuarias que atendían en el centro habían sido víctimas de violencia de género ya que en el protocolo inicial de evaluación no se contemplaban preguntas sobre malos tratos. En estos casos, algunos centros se comprometieron a comprobar si alguna/s de las usuarias se ajustaba/n al perfil que necesitábamos/requeríamos y, cuando se detectaron a las participantes, se procedió a la realización de la evaluación. En otros centros, ante el desconocimiento de la historia de victimización de las usuarias, se nos permitió acudir al mismo y reunirnos con todas las usuarias que en ese momento estaban en tratamiento para comprobar quienes cumplían criterios de inclusión.

Además, en el caso particular del CIBE Café y Calor, debido a las características del centro, la captación de las participantes sucedió de manera distinta ya que las usuarias no acuden/acudían de manera regular al Centro. En este caso, en la mayoría de

ocasiones que se acudió al Centro no fue posible realizar ninguna evaluación, pudiendo finalmente sólo realizar dos.

La administración del protocolo de evaluación se realizó de manera individual (n=4) y grupal (n=14). En las evaluaciones grupales, coincidió que no había habido una selección previa por parte de las/os profesionales del Centro por lo que se tuvo que explicar el objetivo de la investigación así como los criterios de inclusión. Cabe destacar que en ambos Centros donde se procedió de esta forma (las dos comunidades terapéuticas) el número de usuarias que se ajustaban al perfil fue muy elevado -5/5 en la Comunidad terapéutica Llaurent la Llum y 9/11 en la Comunidad terapéutica Proyecto Hombre-.

Las evaluaciones se realizaron entre los meses de julio y octubre de 2012, en los despachos o aulas de reunión de los Centros dentro del horario de los mismos. Los pases estuvieron asistidos en todos los casos por miembros del equipo de investigación. A todas las mujeres se les informó de lo importante que era contar con su participación se les explicaba el objetivo del estudio y se les pedía su colaboración, dejando muy claro que era voluntaria y anónima. Todas ellas firmaron un consentimiento informado en el que se explicaba el uso que se daría a la información recabada y quienes tendrían acceso a ella. Dos personas decidieron no participar en el estudio.

Análisis

El conjunto de datos se procesó utilizando la versión 19.0 del paquete estadístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). Se analizó la muestra con fines puramente descriptivos, utilizando estadísticos de tendencia central (media y desviación típica) cuando se disponía de escalas de intervalo y de frecuencias (n y porcentajes) cuando las respuestas eran dicotómicas. Debido al número reducido de la muestra no se ha considerado oportuno evaluar posibles diferencias entre hipotéticos subgrupos,

considerando además que el objetivo del estudio piloto se limita a verificar la comprensión y utilidad de los diferentes ítems incluidos en el protocolo.

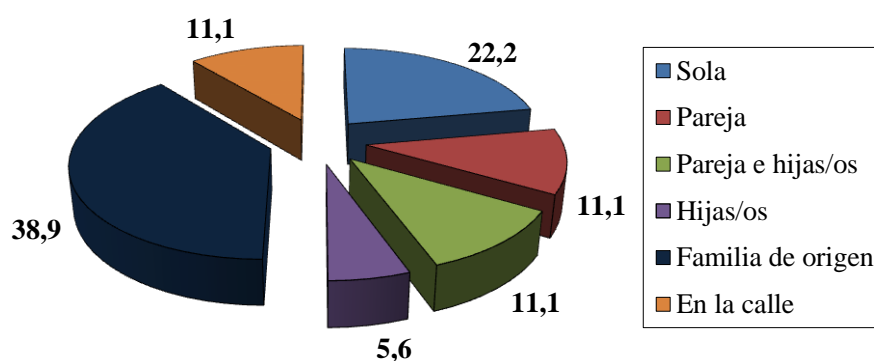
Para poder introducir los datos de dos de las variables del apartado problemas psicológicos (pensamientos de suicidio e intentos de suicidio) se ha modificado la escala de respuesta de una escala de valoración de 0-10 a una escala dicotómica Sí/No. Esto se ha debido a que las participantes han respondido de manera diferente al mismo ítem (algunas anotaban en número de tentativas de suicidio, lo que hacía difícil graduar de 0-10 *a posteriori*). Este mismo ajuste se ha realizado con dos variables de la escala “Familia de origen” (consumo de sustancias y abandono del hogar por parte de madre y padre).

Resultados

Características sociodemográficas

Todas las participantes, excepto una de nacionalidad rusa, son españolas. La edad media de las participantes es de 40,6 (dt=9,8; Valor Mínimo=22 y Valor Máximo=58).

La mayoría viven con su familia de origen (n=7, 38,9%) o solas (n=4, 22,2%) (a las mujeres evaluadas en comunidad terapéutica se le pidió que contestaran este apartado en relación al período anterior a tratamiento) (ver gráfico 3), dependen económicamente de prestaciones sociales o por desempleo (n=6, 42,9%) y de la familia propia (pareja e hijas/os) (n=2, 14,3%) o la de origen (n=1, 7,1%). Un bajo porcentaje de las mismas tiene una actividad laboral (n=3, 21,4%) o se dedica a la mendicidad como fuente de ingresos principal (n=2, 14,3%).

Gráfico 3. Núcleo de convivencia actual

La mayoría de las participantes tienen hijas/os ($n=13$, 72,2%), en su mayoría menores de edad ($n=9$, 75%), De las participantes que tienen hijas/os menores de edad la mitad ($n=5$, 55,6%) se encuentran bajo tutela de menores o con otros familiares.

Todas las participantes tienen formación académica (ver tabla 11).

Tabla 11. Formación académica

Formación	n (%)
Estudios primarios	6 (33,3)
Estudios medios	7 (38,9)
Estudios superiores	5 (27,8)

En el momento de la evaluación la mitad de las participantes tenían pareja afectiva, siendo consumidoras el 62,5% ($n=5$) de ellas. El mantenimiento de una relación de pareja entre personas consumidoras añade cierta dificultad al proceso de deshabituación.

La red de apoyo de las participantes es reducida. La mayoría no frecuenta ningún tipo de institución cultural ($n=15$, 88,2%), siendo su principal red de apoyo las personas y profesionales del recurso donde reciben tratamiento.

Familia de origen

La mayoría de las participantes ($n=15$, 83,3%) han convivido durante su infancia con el padre y la madre, siendo únicamente tres de las participantes las que han

convivido con las abuelas y los abuelos. En cuanto al reparto de tareas, encontramos que es la madre la que realizaba el trabajo doméstico ($M=9,92$, $dt=0,28$) y se encargaba del cuidado y la educación de las/os hijas/o ($M=8,07$, $dt=3,17$). En referencia a la imposición de normas (Madre: $M=6,87$, $dt=3,73$; Padre: $M=5,23$, $dt=4,36$) y el manejo del dinero (Madre: $M=7,5$, $dt=3,67$; Padre: $M=5,83$, $dt=4,21$) observamos menos diferenciación de roles entre la madre y el padre.

Las participantes refieren pocas muestras de afecto por parte del padre ($M=4,5$, $dt=3,68$) y de la madre ($M=4,95$, $dt=4,49$).

La mayoría de participantes ha presenciado maltrato psicológico ($n=8$, 44,4%) y amenazas ($n=7$, 38,8%) entre la madre y el padre, y agresiones principalmente del padre hacia la madre ($n=7$, 38,8%).

Únicamente una o dos participantes refieren consumo de drogas y/o abandono del hogar por parte del padre y de la madre.

Aspectos relacionados con el consumo de drogas y el tratamiento

La mayoría de las mujeres evaluadas se encuentran en comunidad terapéutica, donde reciben tratamiento individualizado y grupal mixto ($n=14$, 77,8%). La mitad de las participantes presenta comorbilidad psiquiátrica, siendo los trastornos más prevalentes la depresión ($n=4$, 22,6%), el trastorno bipolar ($n=2$, 11,1%) y el trastorno límite de la personalidad (11,1%).

Las participantes del estudio son policonsumidoras. Todas ellas consumen actualmente tabaco, habiéndose iniciado a la edad media de 13 años ($dt=1,74$).

Respecto al resto de sustancias, observamos que la mayoría de ellas han consumido alcohol ($n=16$, 89,9%), cannabis ($n=14$, 77,8%) y cocaína ($n=14$, 77,8%), siendo la heroína ($n=8$, 44,4%) y las anfetaminas ($n=9$, 50%) las sustancias menos consumidas. La edad media de inicio para el alcohol es más temprana (15; $dt=3,93$) que

para cannabis y cocaína (18; dt=9,48- 23; dt=10,94, respectivamente) aunque debido a la heterogeneidad de la muestra el rango de edad de inicio de estas tres sustancias es muy amplio (alcohol: 5-23; cannabis: 11-45; cocaína: 15-48).

Casi todas las participantes han mantenido un consumo diario de todas las sustancias, exceptuando las anfetaminas que refieren haberlas consumido pocas veces al año (n=3, 33,3%) o los fines de semana (n=3, 33,3%).

Violencia contra las mujeres

Por lo que respecta a la historia de victimización, encontramos que las mujeres evaluadas se caracterizan por haber sufrido diversas experiencias de maltrato durante la infancia-adolescencia y, con posterioridad, en la etapa adulta.

Violencia en la infancia-adolescencia

La mitad de las participantes evaluadas refieren haber sufrido violencia física en la infancia-adolescencia, tanto puntual (n=4, 44,4%) como reiterada (n=5, 55,6%), principalmente por parte del padre (n=6, 50%). El porcentaje de mujeres que ha sufrido maltrato psicológico es ligeramente inferior (n=8, 44,4%), siendo característico en todos los casos el carácter reiterado del mismo. En este caso, es la madre la que ha ejercido principalmente este tipo de maltrato (n=6, 50%), seguida por el padre (n=4, 33,3%).

Además, algunas de ellas refieren haber sufrido violencia física (n=3, 16,7%) o psicológica (n=4, 50%) por parte de más de una persona.

El abuso sexual, sufrido por el 38,9% (n=7) de las participantes se caracteriza por haberse dado de manera reiterada en la mayoría de los casos (n=5, 71,4%), siendo el padre (n=3, 33,3%), el padrastro (n=2, 22,2%) y los hermanos (n=2, 22,2%) los agresores más frecuentes.

El resto de situaciones de violencia evaluadas en este apartado son menos frecuentes entre las participantes. Así, el 16,7% (n=3) han sufrido agresión sexual (violación), el 22,2% (n=4) *bullying* y el 11,1% (n=2) *bullying* docente, estos últimos de manera reiterada.

Como podemos observar en la tabla 12, todas estas experiencias han tenido lugar a edades muy tempranas (ver tabla 12).

Tabla 12. *Edad media en la que sufrieron los diferentes tipos de violencia en la infancia-adolescencia*

Tipo de violencia	Edad media y dt
Física	10,56 (4,7)
Psicológica	11 (4,9)
Abuso sexual	8,71 (4,8)
Agresión sexual	14 (4)
Bullying	11,25 (2,5)
Bullying docente	7,5 (4,9)

Violencia en la pareja

El 83,3% (n=15) de las participantes ha sufrido situaciones de violencia en la etapa adulta. Además, el 22,2% (n=4) de ellas refiere haber vivido situaciones de violencia por parte de diferentes personas. La persona que ha ejercido principalmente el maltrato es la pareja (n=14, 93,3%).

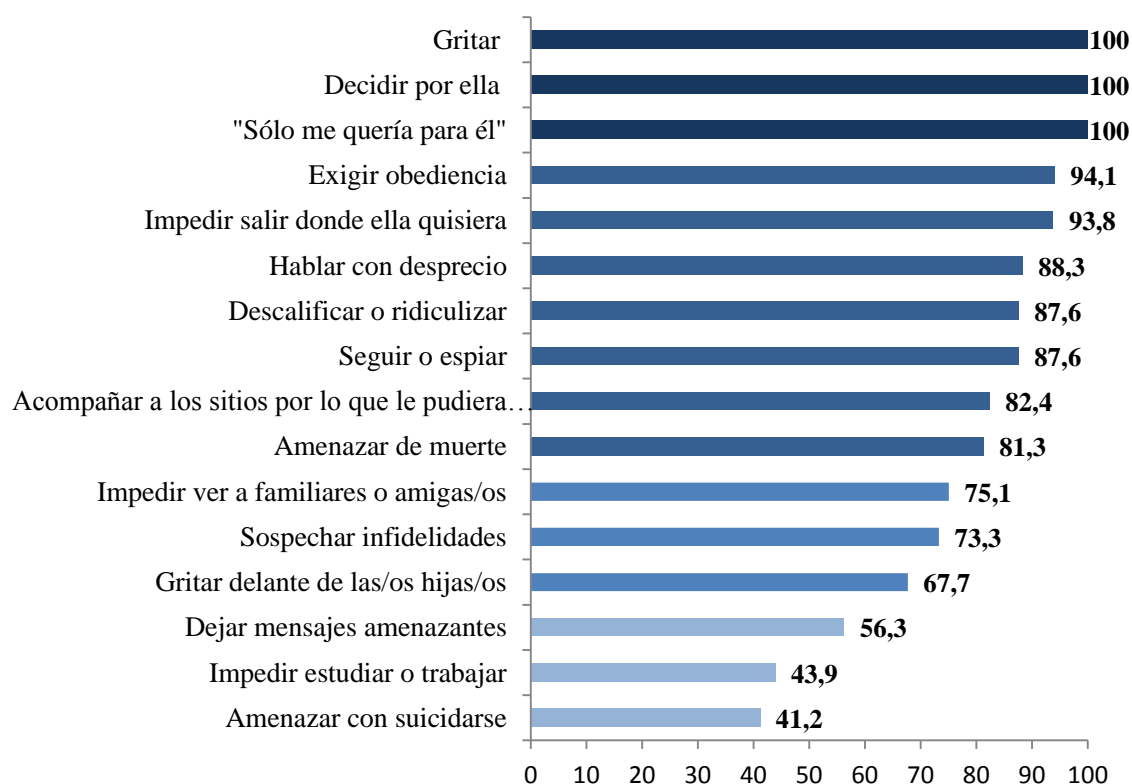
La mitad de las participantes que refieren haber vivido situaciones de violencia se encuentran en situación activa (durante el último año, n=9, 50%).

El maltrato por parte de la pareja o familiar se caracteriza principalmente por un maltrato psicológico. La coerción mediante los gritos, la anulación de la mujer en cuanto a la toma de decisiones y la posesividad hacia ella son las manifestaciones más prevalentes (ver gráfico 4). El control ejercido por el agresor se caracteriza por impedir que salgan donde ellas quieran (n=12, 93,89%), seguir o espiar (n=14, 87,6%) y

acompañar a los sitios (n=14, 82,4%). El aislamiento familiar y social también es muy frecuente (n=12, 75,1%), lo que puede producir que las mujeres carezcan de red de apoyo cuando lleguen a tratamiento. En cuanto a los recursos económicos, el 66,6% (n=10) manifiesta que el agresor no le ha permitido disponer de dinero, lo que coloca a las mujeres en una situación de dependencia económica que puede dificultar la salida de la relación.

Las amenazas de muerte que han recibido la mayoría de las participantes (n=13, 81,3%) se corresponde con el alto porcentaje de las mismas que ha temido por su vida (n=14, 82,4%).

Las humillaciones, insultos y desvalorizaciones se dan en un gran porcentaje de la población (ver gráfico 4) lo que va a incidir sobre la autoestima de las mujeres que, como se verá a lo largo de la descripción de los resultados, presentan una autoestima muy baja.

Gráfico 4. Maltrato psicológico

Además, la mayoría de ellas (n=14, 93,3%) han sufrido violencia física como golpes o empujones, siendo casi el 60% (n=9) de las participantes las que refieren que han intentado matarlas.

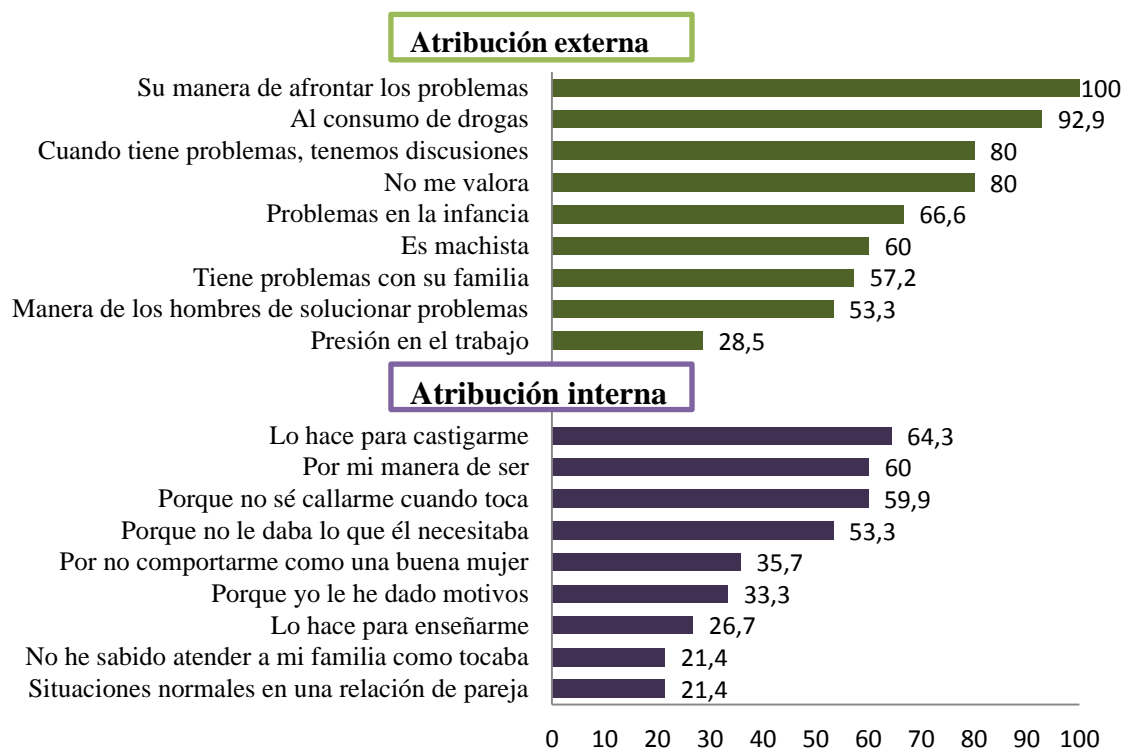
En cuanto a la violencia sexual, las conductas más frecuentes que han sufrido son el mantener relaciones sexuales a pesar de su oposición (n=13, 76,4%) y el adoptar posturas que no querían o no les gustaban (n=11, 64,7%). El porcentaje de mujeres que manifiestan haber sido obligadas a mantener relaciones sexuales a cambio de dinero y/o droga es muy bajo (n=3, 18,8%).

Atribución de la responsabilidad

El estilo atribucional de las mujeres es principalmente de tipo externo (ver gráfico 5). Por una parte, consideran que las situaciones de violencia se dan debido a

que es la manera que tienen sus parejas de resolver los problemas (n=14, 100%) y a que no les valoran (n=12, 80%).

Gráfico 5. Atribución de la responsabilidad



Por otra parte, encontramos atribuciones externas referidas a situaciones ajenas a la pareja como son el hecho de que su pareja haya tenido problemas en la infancia (n=10, 60%) o que tenga problemas actuales con su familia de origen (n=8, 57,2%) así como la consideración de que es debido a una reacción que tiene la pareja cuando tiene problemas (n=12, 80%).

Muchas mujeres justifican el maltrato por el consumo de drogas (bien propio o de la pareja) (n=13, 92,9%) lo que nos indica que no están identificando el origen de la violencia en la pareja o en sí mismas, si no en un factor externo a la relación. Por contraposición, observamos que el 60% (n=12) consideran que el origen del maltrato es debido a que su pareja es machista.

En cuanto a la atribución interna de la responsabilidad, las mujeres tienden a justificar la violencia por conductas o maneras de ser propias justificando el maltrato recibido como un castigo merecido (n=9, 60%).

De los estereotipos de género femenino evaluados como mediadores de la atribución de la responsabilidad, caben destacar el considerar que es debido a no saber callarse cuando toca (n=9, 59,9%) y a no haberle dado lo que él necesitaba (n=8, 53,3%).

Estrategias de afrontamiento

La estrategia más utilizada por las participantes es quedarse en casa y no salir con sus amistades (n=14, 93,3%) (ver gráfico 6). Esta estrategia de autocontrol tiene como objetivo evitar empeorar la situación y se corresponde con el alto porcentaje de mujeres que refieren que una de las estrategias de control utilizadas por sus parejas es impedir que salieran donde quisieran (n=12, 93,8%).

La mayoría de participantes han utilizado estrategias de confrontación como la amenaza (n=12, 80%) o el enfrentamiento agresivo contra la pareja (n=10, 91%).

Las estrategias de aguantar o acostumbrarse han sido utilizadas por la mayoría de participantes –creer que no podían hacer nada para cambiar la situación (n=13, 86,7%) y creer que es lo que les ha tocado en la vida (n=12, 80%)–.

Gráfico 6. Estrategias de afrontamiento

La minimización de las situaciones de maltrato (pensar que no era tan grave (n=13, 86,6%) o hacerle prometer al agresor que no volvería a ocurrir (n=11, 73,3%) son estrategias utilizadas como defensa psicológica para ayudarse a sí mismas a enfrentar las situaciones.

Las estrategias menos utilizadas son llamar a la policía (n=7, 46,6%), contactar con un/a abogado/a (n=5, 33,4%) o acudir a un grupo de autoayuda (n=4, 26,7%).

Además de estas estrategias de afrontamiento, en otros apartados del protocolo se preguntaba por las denuncias interpuestas así como si le habían contado a alguien estas situaciones de maltrato, consideradas también como estrategias de afrontamiento. Así, más de la mitad de las participantes (n=10, 55,6%) han denunciado en alguna ocasión a su pareja, aunque la mitad de ellas la han retirado, y el 88,2% (n=15) le ha contado los problemas con la pareja a alguna persona, siendo lo más frecuente haber acudido a un profesional.

En cuanto a denuncias en curso y medidas de protección en el momento de la evaluación, el 28,6% (n=4) de tenía denuncias en curso y el 14,3% (n=2) tenía una orden de alejamiento.

El 63,6% (n=7) manifiesta que ella o su pareja han tenido que abandonar el domicilio común, siendo la mitad de las veces ellas las que se han tenido que marchar, alojándose en esos momentos en el domicilio de la familia de origen.

Problemas psicológicos

El maltrato sufrido en las relaciones de pareja ha generado ciertos problemas psicológicos que deberán ser tenidos en cuenta a la hora de planificar la intervención, ofreciéndoles estrategias de afrontamiento ante estos sentimientos (ver tabla 13). Entre ellos cabe destacar la sensación de fracaso personal (M=9, dt=1,71), la impotencia (M=9, dt=1,28) y la tristeza (M=9,44, dt=0,9), síntomas que están en relación con la baja autoestima que presentan las participantes. Además, un alto porcentaje de mujeres han tenido pensamientos (n=12, 66,7%) y de ellas, la mayoría (n=9, 75%) han realizado tentativas de suicidio.

Tabla 13. *Problemas psicológicos*

Problemas	Media	dt
<i>Tristeza</i>	9,44	0,9
<i>Ira, rabia, enfado</i>	9,22	1,39
<i>Sensación de fracaso personal</i>	9	1,71
<i>Inseguridad</i>	8,94	1,51
<i>Impotencia</i>	9	1,28
<i>Dificultad para manejar emociones</i>	8,56	2,61
<i>Soledad</i>	8,33	2,37
<i>Ansiedad</i>	8,11	2,8
<i>Dificultad para expresar y recibir sentimientos de ternura</i>	7,67	3,49
<i>Miedo</i>	7,61	3,36
<i>Problemas de salud físicos</i>	7	3,01
<i>Culpabilidad</i>	7,39	3,51
<i>Problemas para dormir</i>	8,53	2,21
<i>Pérdida de control ante las situaciones</i>	7,61	3,31
<i>Problemas de alimentación</i>	6,21	4,54

Acoso sexual en el trabajo

A pesar de no haberse estudiado el acoso sexual en población drogodependiente, los resultados obtenidos en las participantes evaluadas reflejan la importancia de evaluar este tipo de violencia.

El acoso sexual de carácter verbal, clasificado como acoso leve (sombreado en azul claro, ver tabla 14) es el que más han experimentado las participantes. Entre las situaciones más observadas se encuentran los chistes de contenido sexual (n=11, 61,1%), los gestos y las miradas insinuantes (n=10, 55,6%), acercamientos excesivos (n=7, 41,1%), preguntas sobre la vida sexual (n=8, 47,1%) y las insinuaciones sexuales (n=7, 50,2%). Por lo que respecta al acoso laboral grave, observamos que el 20% (n=3) de las participantes manifiesta haber sufrido abrazos, tocamientos y pellizcos por parte de compañeros y jefes y el 23,6% (n=4) acorralamientos para obtener relaciones sexuales a cambio de mejoras laborales.

Con respecto a las estrategias de afrontamiento que han realizado ante estas situaciones (ver tabla 14), observamos que la mayoría ha utilizado estrategias de afrontamiento inadecuadas (evitar a la persona) e incluso inexistentes, puesto que un alto porcentaje de ellas refiere no haber hecho nada al respecto.

Como se puede observar, las personas que han realizado estas conductas abusivas son por igual jefes y compañeros de trabajo.

Tabla 14. *Acoso sexual en el trabajo*

Tipología	n (%)	Agresor	Estrategias de afrontamiento
<i>Presión verbal</i>	11 (61,1)	Compañeros y jefes	No hacer nada (50%) Evitar a la persona (20%)
<i>Gestos y miradas insinuantes</i>	10 (55,6)	Compañeros y jefes	No hacer nada (55,6%) Evitar a la persona (33,3%)
<i>Acercamientos excesivos</i>	7 (41,1)	Compañeros y jefes	No hacer nada (16,7%) Evitar a la persona (50%)
<i>Pedir citas continuamente</i>	6 (35,2)	Compañeros y jefes	No hacer nada (40%) Evitar a la persona (40%)
<i>Preguntas sobre la vida sexual</i>	8 (47,1)	Más compañeros	No hizo nada (25%) Evitar a la persona (50%)
<i>Insinuaciones sexuales</i>	7 (50,2)	Compañeros y jefes	No hizo nada (50%) Evitar a la persona (16,7%)
<i>Pedir relaciones sexuales sin presiones</i>	8 (47,1)	Compañeros y jefes	No hacer nada (28,6%) Evitar a la persona (14,3%) Enfrentarse a la persona (42,9%)
<i>Presionar después de la ruptura con la pareja</i>	2 (13,4)	Compañeros	Enfrentarse a la persona (100%)
<i>Abrazos, besos, tocamientos, pellizcos</i>	3 (20)	Compañeros y jefes	No hizo nada (66,7%)
<i>Acorralamientos y presiones para obtener sexo a cambio de mejoras</i>	4 (23,6)	Más jefes	No hizo nada (66,7%)
<i>Realizar actos sexuales bajo presión</i>	0		

Importancia de las relaciones de pareja

El temor a la soledad encontrado en el 62,5% (n=10) de las participantes ha producido concuerda con el hecho de que la mayoría de las participantes hayan tenido pareja la mayor parte del tiempo (n=14, 77,8%), no dejando transcurrir mucho tiempo entre una pareja y otra (n=10, 58,8%). La importancia que tiene la pareja para ellas reside en que tenerla les hace sentirse valoradas (n=10, 58,8%), teniendo la necesidad de estar con alguien para sentirse bien (n=15, 83,3%) y generando un sentimiento de vacío cuando no mantienen ninguna relación de pareja (n=10, 55,6%).

La dependencia afectiva de la pareja que tiene como consecuencia una falta de autonomía en las decisiones, el miedo a la soledad y la falta de autoestima que se intenta

paliar con una y otra pareja puede llevar a muchas mujeres a soportar situaciones de violencia, convirtiendo las relaciones en una espiral de la que es difícil salir.

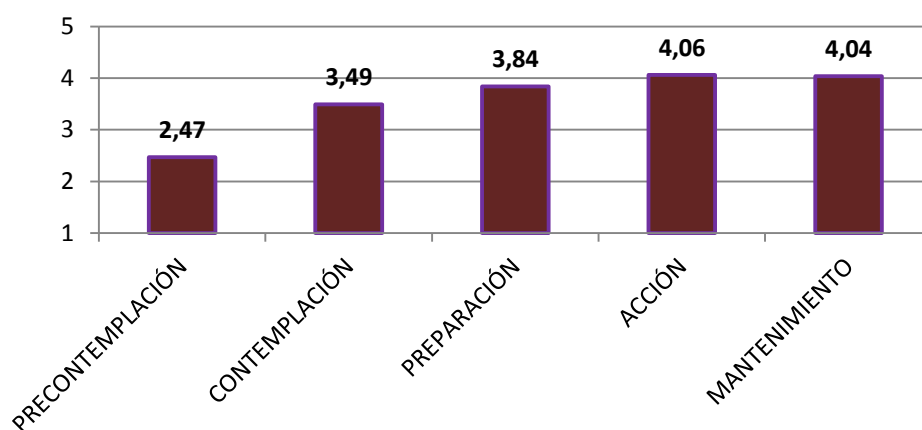
Además, refieren haber dejado de hacer muchas cosas por su pareja (82,4%).

Estadios de cambio

Para analizar los estadios de cambio se han seleccionado a las participantes que en el momento de la evaluación refirieron haber sufrido situaciones de violencia en la pareja en el último año ($n=7$, 38,8%), es decir que se encontraban en situación activa. El resto de participantes, a pesar de que algunas de ellas sí que contestaron la escala, no se han incluido en el análisis puesto que el cuestionario no se ajusta a una evaluación de la motivación para el cambio general sino que se centra de manera muy específica en la motivación para el cambio en relación a la pareja actual (si con ella se están viviendo situaciones de violencia) (ver conclusiones).

Como podemos observar en el gráfico 7, las puntuaciones obtenidas en la escala, sitúan a las participantes en los estadios de acción y mantenimiento principalmente, aunque mantienen puntuaciones algo elevadas en los estadios de preparación y contemplación que requerirán una atención clínica importante.

Gráfico 7. Puntuación media de las mujeres en situación de violencia activa en la pareja en los estadios de cambio.



CONCLUSIÓN-DISCUSIÓN

Este trabajo tiene utilidad tanto a nivel de investigación con mujeres drogodependientes como a nivel clínico. La parte teórica ha permitido fundamentar las variables a incluir en un protocolo de evaluación de necesidades de Adicción y Violencia contra las mujeres, aspecto este muy descuidado hasta el momento. A nivel clínico, se ofrece una herramienta a partir de la cual las/os profesionales pueden planificar la intervención psicosocial a realizar con estas mujeres.

El estudio piloto realizado ha permitido detectar algunas mejoras a realizar en el instrumento de evaluación construido, tanto a nivel de algunos ítems como a nivel formal en cuanto a las escalas de respuesta de algunas variables, incluso ha permitido discutir la idoneidad de algunos de los ítems propuestos. Para cada una de estas mejoras identificadas se plantean los cambios oportunos, con el objetivo de obtener un protocolo de evaluación de necesidades de Adicción y Violencia contra las mujeres lo más ajustado posible a la población objeto de estudio.

Dificultades de comprensión

- **Hijos/as bajo tutela:** El enunciado de esta variable ha creado confusión debido a que las participantes entendían que se les estaba preguntando si ellas tenían la tutela y no, tal como se pretendía, preguntar si tenían hijos/as *bajo* la tutela de menores. Dado que el enunciado genera confusión, se propone modificarlo: “¿*Tienes hijos/as bajo la tutela de menores o con otros familiares?*” Además, para facilitar la cumplimentación de este apartado, se propone añadir las posibilidades de tutela posibles: Centro de acogida, familia de acogida o con algún familiar.

Dificultades con las escalas de respuesta

- **Problemas psicológicos:** Las respuestas de la mayoría de las participantes en referencia a los intentos de suicidio han sido el número de veces que lo han realizado y no, como se pretendía, una valoración del nivel de afectación en su vida de haber pensado o intentar una conducta de este tipo. Debido a que es importante evaluar de manera más detallada ideas y tentativas de suicidio en esta población, se propone separar estos dos ítems de la lista de problemas psicológicos y rastrearlos con una escala de respuesta más adecuada (ver tabla 15). Finalmente se proponen ocho preguntas con respuesta dicotómica Sí/No.

Tabla 15. *Propuesta de escala para evaluar pensamientos e intentos de suicidio.*

1. **¿Ha tenido pensamientos de suicidio?** 1. Sí 2. No
2. ¿Han sido pensamientos persistentes? 1. Sí 2. No
3. ¿Ha pensado en alguna ocasión en quitarse la vida? 1. Sí 2. No
4. ¿Ha pensado en el suicidio como una forma de acabar con sus problemas?
1. Sí 2. No
5. ¿Ha sentido que no merecía vivir? 1. Sí 2. No
6. **¿Ha intentado en alguna ocasión quitarse la vida?** 1. Sí 2. No
7. En caso afirmativo, ¿cuántas veces? _____
8. Estos intentos, ¿han tenido una planificación previa en cuanto al método, el momento en el que realizarlo, precauciones para no ser descubierta,...?
1. Sí 2. No

Mejoras de variables

- **Situaciones de violencia en el ámbito familiar:** Este apartado ha creado mucha confusión a la hora de introducir los datos para el posterior análisis ya que el enunciado de la primera pregunta “*¿Ha vivido alguna situación de violencia en relaciones familiares o de pareja o con alguna persona con la que convive, a lo largo de su vida?*” incluye la violencia sufrida en la infancia-adolescencia, variable

que ya se valora en un apartado anterior, por lo que resulta redundante preguntar “...a lo largo de su vida”.

Con el objetivo de subsanar este error, se propone modificar el enunciado de la pregunta, que quedaría redactado de la siguiente manera: “*¿Ha vivido alguna situación de violencia en relaciones familiares o de pareja o con alguna persona con la que convive, desde que es adulta?*”

- **Estadios de cambio:** Esta escala se diseñó, siguiendo las pautas existentes en la investigación hasta el momento, para evaluar la predisposición hacia el cambio por parte de mujeres que mantenían una relación afectiva con parejas maltratadoras. Al realizar el estudio piloto se ha podido observar que muchas de las mujeres en el momento de realizar la evaluación ya no estaban con la pareja que ejercía el maltrato. Por este motivo y teniendo en cuenta la importancia de trabajar esta motivación para el cambio con el objetivo de que no vuelvan a repetir dinámicas relacionales abusivas, sería muy conveniente revisar esta escala para poder ajustarla a la población de mujeres en general –tengan o no pareja afectiva-.

Además de estas modificaciones propuestas, cabe resaltar el interés de las variables incluidas puesto que en su conjunto nos ayudan a identificar la historia de victimización y toda una serie de factores que pueden estar influyendo tanto en la repetición de dinámicas de pareja en las que vivan situaciones de maltrato, como en la reincidencia en el consumo de sustancias.

El alto porcentaje de las participantes que refiere haber sufrido experiencias tempranas de violencia física, psicológica y sexual, se corresponden con los datos obtenidos en otras investigaciones, donde sitúan en un 69% el porcentaje de mujeres drogodependientes con historia de abuso sexual y malos tratos (Farapi Antropologia Aplikatua, 2007; Llopis et al., 2005). Todas estas experiencias han tenido lugar a edades

muy tempranas posiblemente en una etapa previa a la instauración de la adicción y, como señalan diversas/os autoras/es parecen constituir un factor antecedente del posterior desarrollo de la adicción (Arostegui y Urbano, 2004; Instituto de Adicciones Madrid Salud, 2005; Pinheiro, s.f) así como para la repetición de situaciones de violencia en el seno de la pareja en la etapa adulta (Llopis et al., 2006). Este último hecho también se ve reflejado en el número de mujeres que refieren haber vivido violencia en la pareja en este estudio.

Estos datos evidencian la necesidad de incluir en las historias clínicas de las usuarias preguntas específicas sobre violencia. Además, se debe rastrear la significación que han tenido para ellas dichas experiencias, cómo las han elaborado y las repercusiones psicológicas que les han ocasionado

Para conocer la elaboración que las mujeres han realizado de las situaciones de maltrato, puede ser de utilidad evaluar la atribución de la responsabilidad que realizan en estas situaciones, puesto que nos ayudará a conocer los motivos o causas que ellas consideran que han sido los que han originado dichas situaciones. Cuando observamos en las participantes evaluadas que un alto porcentaje justifica el maltrato de su pareja por el consumo de drogas o consideran que es la manera que tiene de resolver sus problemas, nos damos cuenta que no están identificando claramente el objetivo de control que sobre ellas tiene la violencia. Además, estas atribuciones externas restan responsabilidad a la pareja y eliminan cualquier sensación de control o manejo de la situación por parte de las mujeres debido a que ubican el origen de la violencia en factores ajenos a la relación. Cabe resaltar que algunas de ellas sí identificaba la violencia como consecuencia del machismo de su pareja.

La necesidad que manifiestan las participantes de mantener relaciones afectivas para sentirse bien y valoradas y el temor a la soledad junto con el hecho de que la mayoría de las que mantienen una relación afectiva lo hacen con una pareja que es consumidora nos advierte de las posibles consecuencias que estas dinámicas relacionales pueden ocasionar. Generalmente, se mantienen relaciones muy destructivas por los efectos que el consumo de ambos provocan a largo plazo, caracterizados por la agresividad, impulsividad, irritabilidad, ansiedad, depresión... (Chait, 2005). Ante estas situaciones, las mujeres pueden disculpar a su pareja por ser consumidor o incluso considerarse merecedoras por serlo ellas, como se ha señalado anteriormente.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, observamos en general que existe una carencia de estrategias adecuadas ante las diferentes situaciones de violencia evaluadas.

Además, encontramos que las participantes han vivido principalmente situaciones de acoso laboral leve ante las que no han puesto en marcha las estrategias de afrontamiento adecuadas para lidiar con las situaciones. Como señala el Instituto de la Mujer (2006), a pesar de que las situaciones de acoso sexual grave son las menos frecuentes entre las participantes – y en la población general-, debido a la gravedad que implican deben ser consideradas al mismo nivel.

En el ámbito de la pareja, se repite el mismo esquema: se quedaban en casa, cediendo a la imposición de la pareja, se enfrentaban a él de manera agresiva o manifiestan indefensión ante las situaciones, creyendo que no podían hacer nada para cambiar la situación. Como señala Walker (1979) durante la primera etapa del ciclo de la violencia-aumento de la tensión-, las mujeres se comportan de manera condescendiente, haciéndole saber al agresor que acepta los abusos como legítimamente dirigidos hacia ella ya que ésta considera que dependiendo de lo que ella haga, podrá

evitar que el agresor se enfade. Es decir, en esta fase, en la que las mujeres realizan estrategias de autocontrol, llegan a ser cómplices al aceptar algo de responsabilidad por el comportamiento agresivo de los agresores. Esto evidencia la capacidad de anulación personal que produce el maltrato, produciendo que las víctimas se identifiquen con los pensamientos de los agresores.

Es evidente que estas estrategias no llevan a la resolución del problema a pesar de que en algún momento les hayan sido útiles para poder sobrellevar la situación. Por ello, detectar las estrategias de afrontamiento con las que cuentan y facilitar a nivel terapéutico la adquisición de aquellas que les sirvan para obtener mayor control y dominio sobre sus vidas, constituye uno de los aspectos importantes a tener en consideración.

Uno de los aspectos que cabe recordar es la importancia que tiene la evaluación psicológica de la posible comorbilidad psiquiátrica en población drogodependiente. Las víctimas de violencia de género presentan un perfil psicológico caracterizado por el trastorno de estrés postraumático y por otras alteraciones clínicas como depresión o ansiedad (Amor et al., 2002; Echeburúa, Corral, Amor, Sarasua y Zubizarreta, 1997; Golding, 1999). Estos trastornos conllevan una interferencia grave en el funcionamiento cotidiano de las mujeres a lo que debemos sumar las propias consecuencias de la conducta adictiva, que van a producir un empeoramiento de los síntomas del cuadro clínico. En el protocolo de evaluación propuesto no se ha incluido una valoración exhaustiva de las repercusiones psicológicas, pero como se puede comprobar por la sintomatología que refieren (tristeza, ira, sensación de fracaso personal,...) en el apartado de “Problemas derivados de las situaciones de maltrato”, se hace necesaria una evaluación por parte de las/os profesionales que atienden a esta población. Además,

cabe recordar, que efectivamente, cuando un usuario o usuaria accede a los recursos, se le realiza una valoración psicológica completa.

Por otra parte, además de las aportaciones a nivel de investigación, el protocolo propuesto ofrece una herramienta útil para las/os profesionales clínicos del ámbito de las drogodependencias a partir del cual pueden planificar una intervención más ajustada a la población de mujeres. Desde los dispositivos de atención no suele realizarse una evaluación desde una/la perspectiva de género por lo que se obvian ciertos aspectos característicos de esta población, uno de los más destacables la violencia contra las mujeres. Así, se está ofreciendo un tratamiento diseñado para varones donde las mujeres que acceden a los recursos de atención a la drogodependencia no encuentran un espacio adecuado en el que trabajar las problemáticas que giran entorno a su adicción. Y no es que se trate de establecer tratamientos excluyentes sino más bien de integrar aquellos aspectos que necesitan una atención específica por una cuestión de género (Martínez, 2008).

Como apuntan Llopis et al. (2006) el manejo de los sucesos traumáticos de forma adecuada puede ser la clave del éxito del tratamiento en las mujeres drogodependientes. Así, la mayoría de profesionales clínicos prefieren no abordar estas temáticas o no se sienten con la preparación adecuada, centrándose únicamente en la conducta adictiva, por lo que se corre el riesgo de que estas mujeres no se adhieran al tratamiento y reincidan en el consumo para, de alguna manera, paliar su malestar psicológico (Llopis et al., 2006). Además, como señala Chait (2005) la ausencia de recursos adecuados para mujeres drogodependientes y víctimas de malos tratos, supone un nuevo maltrato.

Pero para que se den los cambios necesarios para poder ofrecer un tratamiento adecuado, las/os profesionales que trabajan en el campo de las drogodependencias

deberán estar debidamente formadas/os en perspectiva de género. Esto ayudará a comprender el complejo entramado del que es resultado la violencia contra las mujeres además de favorecer una adecuada identificación de los factores de riesgo que están interviniendo de manera específica en la adicción de las mujeres. Para ello, se hace imprescindible el conocimiento de unas bases teóricas que pongan de manifiesto la minusvaloración e invisibilización que afectan a muchas mujeres por una construcción social de género, cómo ello afecta a la construcción de identidad y subjetividad, así como las repercusiones que todo ello tiene en la salud física y psicológica de las mismas (Martínez, 2008; Romero, 2010).

Muchas de las características encontradas en la población de mujeres drogodependientes –mayor estigma social, menor apoyo por parte de la familia cuestionamiento de su rol como madres- van a influir sobre la decisión de demanda de tratamiento. Por ello, cuando una mujer acude a los recursos de atención de drogodependencia, debemos tener presente que estas características, que generalmente no se dan en los varones o no repercuten de igual modo, van a determinar la elección de tratamiento, no pudiendo ofrecer modalidades de tratamiento que no engloben la totalidad de las experiencias por las que ha pasado esta población.

Cabe señalar que actualmente las/os profesionales de la red asistencial de drogodependencias no están atendiendo de manera adecuada a la población de mujeres con estas características debido a que no están siendo detectadas. Este ha sido el principal problema con el que nos hemos encontrado al realizar el estudio. Las participantes que han colaborado en la realización de esta investigación son usuarias de los recursos de drogodependencias desde los que no se tiene constancia de su historia de victimización, por lo que difícilmente se puede estar abordando esta compleja problemática. Por ello sería conveniente, al igual que se realiza con otras cuestiones

como la comorbilidad psiquiátrica, contabilizar la incidencia de malos tratos que sufren estas mujeres para poder posteriormente adecuar los servicios de tratamiento.

Debido a que se ha contado con una muestra muy reducida de participantes, se hace necesaria la ampliación de la muestra en futuras investigaciones para poder realizar la valoración del instrumento. Además, contando con una muestra representativa de mujeres drogodependientes y detectando las áreas sobre las que trabajar, se podría proceder al diseño de una intervención específica basada en las características de esta población, con lo que conseguiríamos mejorar la atención ofrecida desde los recursos de la red asistencial de drogodependencias.

REFERENCIAS

- Abramson L.Y., Seligman M.E.P., Teasdale J. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Agoff, C., Rajsbaum, A., Herrera, C. (2006). Perspectivas de las mujeres maltratadas sobre la violencia de pareja en México. *Salud pública de México*, 48 (2).
- Alexander, P.C., Tracy, A., Radek, M., Koverola, C. (2009). Predicting stages of change in battered women. *Journal of Interpersonal Violence*, 24 (10), 1652-1672. doi: 10.1177/0886260509331494
- Alonso, E., Labrador, F. (2010). Eficacia de un programa de intervención para el trastorno de estrés postraumático en mujeres inmigrantes víctimas de violencia de pareja: un estudio piloto. *Revista Interamericana de Psicología*, 44 (3), 547-559.
- Altell, G. (noviembre, 2011). *La prevención de la violencia contra la mujer asociada al abuso del alcohol y otras drogas*. Ponencia presentada en IX Congreso sobre la violencia contra la mujer, Alicante. Recuperado de <http://www.generoydrogodependencias.org/?p=356>
- Amaro, H., Nieves, R., Wolde, S., Labault, N.M. (1999). Substance abuse treatment: Critical issues and challenges in the treatment of latina women. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 21 , 3266-282 doi: 10.1177/0739986399213005
- Amor, P.J.; Corral, P., Bohórquez, I.A., Oria, J.C., Rodríguez, M., López, F., Calderón, D. (2010). *Violencia de género y adicción a drogas en Centros de Día*. España: Junta de Andalucía. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Dirección General de Servicios Sociales y Atención a las Drogodependencias.
- Arellano, R.C., Gurrola, G.M., Balcázar, P., Bonilla, M.P. (2009). Estilos de afrontamiento en mujeres que viven violencia conyugal. Universidad Autónoma del Estado de México 10º Congreso virtual de Psiquiatría. Interpsiquis Recuperado de http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/psiqcomunitaria/39443/

- Arostegui, E., Urbano, A. (2004). La mujer drogodependiente: especificidad de género y factores asociados. España: Universidad de Deusto.
- Barreda, M., Díaz-Salazar, M., de Ena, S., López, M., Rodríguez, M., Sánchez, S., Zulaica, B. (2005). Mujer y Adicción. Aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención. Madrid: *Instituto de Adicciones Madrid Salud*.
- Blanco, P. (enero, 2007). Perfil Psicopatológico. Psico y socioterapia de la mujer adicta maltratada. *Fundación Instituto Espiral*. III Symposium nacional de adicción en la mujer. Recuperado de <http://www.institutospiral.com/IIISYMPOSIUM/diapositivas/PilarBlanco.pdf>
- Blanco, P., Sirvent, C., Moral, M.V., Linares, M.P., Rivas, C. (2010). Psicopatología y género en adicciones. 11º Congreso virtual de psiquiatría. Interpsiquis.
- Blázquez, M., Moreno, J.M. (2008). Análisis de la inteligencia emocional en la violencia de género. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 6 (2), 475-500.
- Bolaños, E. (abril, 2012). *Mujeres, drogas y género*. Ponencia presentada en XVIII Jornada Municipal sobre Drogas. Recuperado de http://agua.gijon.es/multimedia_objects/download?object_id=111084&object_type=document
- Bosch, E., Ferrer, V.A., Alzamora, A. (2005). Algunas claves para una psicoterapia de orientación feminista en mujeres que han padecido violencia de género. *Feminismo/s*, 6, 121-136.
- Bosch, E., Ferrer, V.A., Alzamora, A. (2006). *El laberinto patriarcal. Reflexiones teórico-prácticas sobre la violencia contra las mujeres*. Barcelona: Anthropos.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.

- Boyd, C.J., Henderson, D., Ross-Durrow, P., Aspen, J. (1997). Sexual trauma and depression in African-American women who smoke crack cocaine. *Substance Abuse*, 19, 133–141.
- Briere, J., Runtz, M. (1985). *Symptomatology associated with prior sexual abuse in a non-clinical sample*. Ponencia presentada en el encuentro anual de la American Psychological Association, Los Angeles.
- Brown, P. J. (2000) Outcome in female patients with both substance use and post-traumatic stress disorders. *Alcohol Treatment Quarterly*, 18 (3), 127-135.
- Burke, J.G., Mahoney, P., Gielen, A., McDonell, K.A., O'Campo, P. (2009). Defining appropriate stages of change for intimate partner violence survivors. *Violence and Victims*, 24 (1), 36-51.
- Burkitt, K.H., Larkin, G.L. (2008). The transtheoretical model in intimate partner violence victimization: Stage changes over time. *Violence and Victims*, 23(4), 411-431.
- Castaño, V. (2009). La atención a la problemática conjunta de drogodependencia y violencia de género en la población de mujeres. Fundación Atenea. España: Fundación Atenea Grupo GID.
- Castaños, M., Meneses, C., Palop, M., Rodríguez, M. y Tubert, S. (2007). *Intervención en drogodependencias con enfoque de género* (Informe número 10 (Salud) España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Castelló, J. (2006). Dependencia emocional y violencia doméstica. *Revista Futuros*, 4.
- Chait, L y Zulaica Calvo, B. (2005) Mujeres drogodependientes maltratadas: análisis para la intervención. *Trastornos adictivos*, 7 (2), 104-13.

- Classen, C. C., Palesh, O. G., Aggarwal, R. (2005). Sexual Revictimisation: A Review of the Empirical Literature. *Trauma Violence and Abuse*, 6 (2), 103-129.
- Cosden, M., Cortez-Ison, E. (1999). Sexual abuse, parental bonding, social support and program retention for women in substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16, 149-155.
- Dawson, D.A. (2006). Gender differences in the probability of alcohol treatment. *Journal of Substance Abuse*, 8, 211-225.
- Dienemann, J., Glass, N., Hanson, G., Lunsford, K. (2007). The domestic violence survivor assessment (DVSA): A tool for individual counseling with women experiencing intimate partner violence. *Issues in Mental Health Nursing*, 28, 913-925. doi: 10.1080/01612840701493493
- Dodge, K., Potocky-Tripodi, M. (2001). The effectiveness of three inpatient intervention strategies for chemically dependent women. *Research on Social Work Practice*, 11, 24-39.
- Echeburúa, E., Amor, P.J., Corral, P. (2002). Mujeres maltratadas en convivencia prolongada con el agresor: variables relevantes. *Acción Psicológica* 2, 135-150.
- Echeburúa, E., Corral, P. (2005). ¿Cómo evaluar las lesiones psíquicas y las secuelas emocionales en las víctimas de delitos violentos? *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 5, 57-73.
- Expósito, F. y Moya, M. (2005). Violencia de género. En F. Expósito y M. Moya (Coords.), *Aplicando la psicología social* (pp. 201-227). Madrid: Pirámide.
- Farapi Antropologia Aplikatua (2007). Estudio Documental sobre drogas y violencia de género. (Informe número 18). España: Gobierno Vasco. Observatorio Vasco de Drogodependencias.

- Farris, C.A., Fenaughty, A.M. (2002). Social isolation and domestic violence among female drug users. *American Journal of Drug Alcohol Abuse*, 28, 339–351
- Ferrer, V. A., Bosch, E. (2003). Algunas consideraciones generales sobre el maltrato de mujeres en la actualidad. *Anuario de Psicología*, 34 (2), 203-213.
- Ferrer, V.A., Bosch, E., Ramis, M.C. y Navarro, C. (diciembre, 2006). Las creencias y actitudes sobre la violencia contra las mujeres en la pareja: Determinantes sociodemográficos, familiares y formativos. *Anales de Psicología* 22(2), 251-259. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10201/8100>
- Ferrer, V.A. (2009). *Tipos de violencia contra las mujeres y su intensidad*. Material del Modulo 8. Apuntes del Master en Igualdad y género en el ámbito público y privado. Fundación Insomnia.
- Fiorentine, R., Nakashima, J., and Anglin, M.D. (1999). Client engagement in drug treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 17(3):199–206.
- Forth-Finegan, J.L. (1991). *Sugar and spice and everything nice: Gender, socialization and women's addiction: A Literature Review*. En Bepko, C.L. New York. The Haworth Press. Feminism and Addiction.
- Frasier, P.Y., Slatt, L., Kowlowitz, V., Glowa, P.T. (2001). Using the stages of change model to counsel victims of intimate partner violence. *Patient Education and Counseling*; 43, 211-217.
- Fundación para el Estudio, la Prevención y Asistencia a las Drogodependencias (2005). *Violencia doméstica y alcohol: Cómo actuar desde el ámbito profesional de las drogodependencias*. Alicante: Autor.
- García, A. (2004). La violencia ni se crea ni se destruye: Teoría general de la violencia natural, política, social y doméstica. Un caso particular: la violencia doméstica. *Gobernabilidad y seguridad sostenible*, 16.

- Gerber, G. (1995). Gender stereotypes and the problem of marital violence. En L. Adler y F. Denmark (Eds.), *Violence and the prevention of violence*. New York: Praeger.
- Golding J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14, 99-132.
- Grella, C.E., Joshi, V. (1999). Gender differences in drug treatment careers among clients in the national Drug Abuse Treatment Outcome Study. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25, 385–406.
- Hegarty, K.L., O'Doherty, L.J., Gunn, J., Pierce, D., Taft, A.J. (2008). A brief counselling intervention by health professionals utilising the readiness to change concept for women experiencing intimate partner abuse: *The weave project*. *Journal of Family Studies*; 14, 376-388.
- Kandall, S. R. (1996). *Substance abuse and shadow. Women and addiction in the United States*. Cambridge: Harvard University Press.
- Hué, C. (1994). Inteligencia emocional y prevención del maltrato de género. *II Jornadas sobre violencia familiar*. Universidad de Zaragoza.
- Hedrich, D. (2000). *Problem Drug Use by Women: Focus on Community-based Interventions*. Estrasburgo: Grupo Pompidou.
- Ickes W.J., Layden M.A. (1978). Attributional styles. En: J.H.Harvey, W.J. Ickes and R. F. Kidd (Ed). *New directions in attribution research*, 2. Nueva York: Erlbaum.
- Iglesias, M. (1989). *Violencia familiar: La mujer víctima apropiada*. Madrid: Publicaciones Clara Campoamor.
- Instituto de Adicciones Madrid Salud. (2005). *Mujer y adicción: Aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención*. Madrid: Instituto de Adicciones Madrid Salud.

- Janoff-Bulman R. (1979). Characterological versus behavioral self-blame: Inquiries into depression and rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37 (10), 1798-1809.
- Jarvis, T.J. (1992). Implications of gender for alcohol treatment research: A quantitative and qualitative review. *British Journal of Addiction*, 87,1249–1261
- Jarvis, T.J., Copeland, J., Walton, L. (1998). Exploring the nature of the relationship between child sexual abuse and substance use among women. *Addiction*, 93, 865-875.
- Kauffman, S.E., Silver, P., and Poulin, J. (1997.) Gender differences in attitudes toward alcohol, tobacco, and other drugs. *Social Work*, 42, 3, 231-241.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.U. y Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kingree, J. (1995). Understanding gender differences in psychosocial functioning and treatment retention. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 21, 267-281.
- Lagarde, M. (1989). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. (Tesis de doctorado publicada). Universidad Autónoma de México.
- Labrador, F.J., Fernández, M.A., Rincón, P. (2011). Psychopathological characteristics of females victims of intimate partner violence. *Psychology in Spain*, 15 (1), 102-109.
- Lasheras, M. L., Pires, M. (2003). *La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública*. Madrid: Instituto de Salud Pública.

- Llopis, J.J., Agurtzane C., Montse R. y Paolo S. (2005). Uso de drogas y violencia de género en mujeres adictas en Europa: Claves para su comprensión e intervención. *Salud y Drogas*, 5, (2), 137-135.
- Llopis, J.J., Rebolida, M., Castillo, A., Stocco, P. (enero, 2006). Panorama actual de las mujeres consumidoras de sustancias en España: Una visión desde la identidad de género. IREFREA 1998-2006. Ponencia presentada en III Symposium Nacional de Adicción en la Mujer, Instituto Espiral, Madrid.
- Manhal-Baugus, M. (1998). The self-in-relation theory and women for sobriety: female-specific theory and mutual help group for chemically dependent women, *Journal of Addictions and Offender Counseling*, 18, 2, 78-85.
- Manjón, J. (2012). Psicoterapia ambulatoria con mujeres víctimas de violencia de pareja: Una propuesta desde el Modelo Transteórico del Cambio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32 (113), 83-101. doi: 10.4321/S0211-57352012000100007
- Martínez, P. (2008). *Perspectiva de género aplicada a las drogodependencias*. Salamanca: ASECEDI (Asociación de Entidades de Centros de Día de Drogodependencias).
- Martínez, P. (2009). *Extrañándonos de lo normal. Reflexiones feministas para la intervención con mujeres drogodependientes*. España: Horas y Horas.
- Martínez, P. (2010). Investigación sobre las dificultades en el acceso al tratamiento y carencias en la intervención con mujeres drogodependientes en los Centros de UNAD. *UNAD*.
- McCauley, J., Kern, D. E., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A.F., DeChant, H. K., Ryden, J., Bass, E.B., Derogatis, L.R. (1995). The "battering syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Annals of Internal Medicine*, 123, 737-746.
- Mendez, E. (2008). *Detección y atención psicosocial precoz de la violencia doméstica contra mujeres vulnerables*. Barcelona: Asociación Salud y Familia.

Meneses, C. (diciembre, 2002). *Vulnerabilidad y violencia en las mujeres consumidoras compulsivas de drogas*. Ponencia presentada en II symposium nacional tratamiento de adicción en la mujer. Recuperado de <file:///C:/Users/usuario/Desktop/TRABAJO%20DE%20MASTER/imprimir%20cuestionario/Ponencias/2002%20Carmen%20Meneses.htm>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Macroencuesta de Violencia de Género 2011: Principales resultados*. España: Delegación del gobierno para la Violencia de Género. Recuperado de http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1329745747_macroencuesta2011_principales_resultados-1.pdf

Ministerio de Sanidad y consumo. (2007). Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. España: Autor.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2006). *El acoso sexual a las mujeres en el ámbito laboral: Resumen de resultados*. España: Instituto de la Mujer.

Miracco, M.C., Rutzstein, G., Lievendag, L., Arana, F.G., Scappatura, M.L., Elizathe, L., Keegan, E. (s.f.). Estrategias de afrontamiento en mujeres maltratadas: la percepción del proceso por parte de las mujeres. *Anuario de investigaciones*, 17, 59-67.

Monras, M. (2010). Características diferenciales del alcoholismo femenino. *Revista Adicciones*, 22(4), 339-352.

Moral, B. (junio, 2008). Cómo introducir la Perspectiva de Género en los proyectos de Drogodependencias. Ponencia presentada en *1ª Jornada de la Comisión de Género*. Gobierno Vasco.

- Moral, M., Sirvent, C. (2009). Dependencia afectiva y género: perfil sintomático diferencial en dependientes afectivos españoles. *Revista Interamericana de Psicología*, 43, (2), 230-240.
- Morilla, B. (2001). *El valor de ser hombre. Historia oculta de la masculinidad*. Madrid: Oyeron Anaya.
- Neale, J. (2004). Gender and Illicit Drug Use. *British Journal of Social Work*, 34, 851-870.
- Nelson-Zlupko, L., Kauffman, E., Dore, M.M. (1995). Gender differences in drug addiction and treatment: implications for social work intervention with substance-abusing women. *Social Work*, 40, 45–53.
- Observatorio de Salud de la Mujer (s.f.). Catálogo de instrumentos para cribado y frecuencia del maltrato físico, psicológico y sexual. España: Autor.
- Organización de Naciones Unidas (1994). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres* (Res. AG/48/104). Nueva York: Autor
- Organización de Naciones Unidas (2006). *Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer* (AG 61/122/Add.1). Nueva York: Autor
- Organización de Naciones Unidas (2005a). *Estudio multi-país de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica. Primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia*. Ginebra: Autor.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2005). *Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida*. Nueva York: Naciones Unidas.

- Ortiz, A. (2005). *Violencia domestica: modelo multidimensional y programa de intervención*. (Tesis de doctorado inédita). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Office of Substance Abuse Services (enero, 2004). *Gender differences and their implication for substance use disorder treatment*. Virginia: Virginia Department of Mental Health, Mental Retardation and Substance Abuse Services.
- Palop, M. (2000). Mujer y drogas. *Papeles del Psicólogo*, 75.
- Pantoja, L. (2007). *¿Programas específicos de tratamiento para mujeres drogodependientes? Avances en Drogodependencias*. Instituto Deusto de Drogodependencias.
- Pernas, B., Olza, J., Román, M. (2000). *El acoso sexual en el trabajo en España*. Madrid: Secretaría Confederal de la Mujer de CC.OO. Recuperado de <http://www.ccoo.es/comunes/temp/recursos/1/30842.pdf>
- Pinazo, S., Altell, G., Boronat, F. (2005). Violencia doméstica y alcohol. Cómo actuar desde el ámbito profesional de las drogodependencias. *Fundació Salut i Comunitat*.
- Pinheiro, P.S. (s.f.). Informe mundial sobre la violencia contra los niños y niñas.
- Polo, C., López, M., Olivares, D., Escudero, A., Rodríguez, B., Fernández, A. (2006). Autoinculpación en mujeres que sufren maltrato por parte de su pareja: Factores implicados. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 26, (97), 71-86 .
- Ramsay, Carter, Davidson, Dunne, Eldridge, Feder, Hegarty, Rivas, Taft, Warburton. (2009). Intervenciones de defensa para reducir o erradicar la violencia y promover el bienestar físico y psicosocial de mujeres víctimas de abuso por parte de su pareja (Revision Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane*

Plus 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2009 Issue 3 Art no.CD005043. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Ratner P.A. (1993). The incidence of wife abuse and mental health status in abused wives in Edmonton. *Canadian Journal of Public Health*, 84, 246-249.

Raya, L., Ruiz, I., Plazaola, J., Brun, S., Rueda, D., García, L., González, J.M., Garralon, L.M., Arnalte, M., Lahoz, B., Acemel, M.D., Carmona, M.P. (2004). Intimate partner violence as a factor associated to health problems. *Atención Primaria*, 34 (3), 117-27.

Red Estatal de Organizaciones Feministas contra la Violencia de Género (2012). *Violencia de género con resultado de muerte, 2011*. Recuperado de <http://www.redfeminista.org/searchnoticias.asp?id=muertas2011>

Reed, B.G. (1985). Drug misuse and dependency in women: the meaning and implications of being considered a special population or minority group. *The International Journal of The addictions*, 20 (1), 13-62.

Roberts, A. C., Nishimoto, R. H. (1996). Predicting treatment retention of women dependent on cocaine. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 22(3), 313-333.

Romero, I. (2010). Intervención en violencia de género: Consideraciones en torno al tratamiento. *Intervención Psicosocial*, 19 (2), 191-199.

Rosenbaum, M. (1981). *Women on Heroin*. Rutgers. Nueva York, New Brunswick: University Press.

Sarasua, B., Zubizarreta, I. (2000). *Violencia en la pareja*. Málaga: Aljibe.

Saltzman, J. (1992). *Equidad y género: una teoría integrada de estabilidad y cambio*. Madrid: Cátedra.

Sánchez, L., Navarro, J., Valderrama J. (2004) Estudio Internacional sobre género, alcohol y cultura: “Proyecto Genacis”. España: *Sociedad Española de Toxicomanías*.

Sánchez, L. (2006). *Estudio de necesidades de tratamiento de las mujeres dependientes al alcohol de la Comunidad Valenciana*. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana.

Sánchez, L., de Vicente, P., Bolaños, E. (2010). *Necesidades terapéuticas de mujeres atendidas en los Centros de Tratamiento Ambulatorios y Residenciales de Castilla y León*. España: Junta de Castilla y León.

Sánchez, J. Detección de la dependencia emocional en una muestra general.

Servicio Madrileño de Salud. (2008). *Guía de apoyo en Atención Primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres*. Madrid: Autor.

Servicio Madrileño de Salud. (2010). *Guía de actuación en Atención Especializada para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres*. Madrid: Autor.

Servicio Murciano de Salud. (2010). *Guía práctica clínica: Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja*. Murcia: Autor.

Shipway, L. (2004). *Domestic Violence: A handbook for health professionals*. London y New York: Routledge.

Singer, M.I., Bussey, J., Song L.Y., Lunghofer, L. (1995). The psychosocial issues of women serving time in jail. *Social Work*, 40 (1), 103-113.

- Stark, E., Flitcraft, A. (1996). *Women at risk: domestic violence and women's health*. London: Sage.
- Stockdale, M.S., Vaux, A., Cashin, J. (1995). Acknowledging sexual harassment: A test of alternative model. *Basic and Applied Social Psychology*, 17(4), 469-496.
- Swift, W., Copeland, J., Hall, W. (1996). Characteristics of women with alcohol and other drug problems: findings of an Australian national survey. *Addiction*, 91 (8), 1141-1150.
- US Department of Health and Human Services (2000). *Gender differences in drug abuse risks and treatment*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse.
- Walker, L.E.A. (1999). Psychology and domestic violence around the world. *American Psychologist*, 54 (1), 21-29.
- Waltermaurer, E. (2005). Measuring intimate partner violence (IPV) : You may only get what you ask for. *Journal of Interpersonal Violence*, 20, 501-506.
- Wechsberg, W.M., Craddock S.G., Hubbard P.L. (1998) How are women who enter substance abuse treatment different than men? A gender comparison from the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). En: Stevens S.J., Wexler H.K. (Eds) *Women and Substance Abuse: Gender Transparency*. Nueva York: The Haworth Press Inc., 193–212.
- Westermeyer, J., Wahmanholm, K., Thuras, P. (2001). Effects of childhood physical abuse on course and severity of substance abuse. *The American Journal on Addictions*, 10, 101-110.

Xunta de Galicia (s.f.). *Drogas y perspectiva de género. Documento marco. Plan de atención integral a la salud de la mujer de Galicia*. Galicia: Autor.

Zink, T., Elder, N., Jacobson, J., Klostermann, B. (2004). Medical Management of intimate partner violence considering the stages of change: Precontemplation and contemplation. *Annals of Family Medicine*, 2(3), 231-239.

ANEXOS

Anexo 1. Recopilación y clasificación de diferentes ítems de escalas revisadas.

MALTRATO PSICOLÓGICO	
CONTROL, POSESIVIDAD Y CELOS	
- Do you have a partner or spouse who gets very jealous or tries to control your life?	Rhodes et al., 2002
- My partner is too possessive or jealous - Mi pareja tiene celos y sospechas de mis amigos u otras personas cercanas (por ejemplo vecinos o compañeros de trabajo) - ¿Es violento y/o celoso contigo? - Tuvo celos de sus amigas - Le acusa de tener una aventura con otra persona	Jory, 2004; ISA ¹ ; DA ² ; Matud et al., 2001;
- I feel like I don't have any control over my life.	McNamara, et al.,2000
- I am often forced to sacrifice my own needs to meet my partner's need	Jory, 2004
- ¿Decide las cosas que tiene que hacer y no tiene en cuenta sus necesidades? - No tiene en cuenta tus sentimientos, gustos o preferencias - Te impide participar en la toma de decisiones comunes en la pareja o impone siempre sus criterios	Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009, modificado; (EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
- Te controla salidas y horarios - Le controla el tiempo y le hace explicarle dónde fue	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010; Matud et al., 2001
- ¿Controla tus actividades diarias? (Por ejemplo, te dice de quién puedes ser amiga, cuándo puede ver a tu familia, cuánto dinero puedes gastar o cuándo puedes usar el coche)	DA ²
- Quiere conocer en todo momento dónde estás, con quién, qué haces, etc.	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
- Te llama por teléfono reiteradamente con intención de controlarte	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
- Te espera a la salida del trabajo a fin de que no permanezcas más tiempo del imprescindible y no te relaciones con compañer@s	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
- Pone trampas y vigila para comprobar si es engañado	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
- Interroga a l@s hij@s acerca de tus actividades	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010

(Cont.)

CONTROL, POSESIVIDAD Y CELOS	
- Exige que estés donde él quiere	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
- Pretende imponer siempre sus criterios y tener la última palabra	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
- Exige obediencia - Mi pareja me exige obediencia ante sus caprichos - Exige obediencia a sus caprichos - I am often forced to sacrifice my own needs to meet my partner's need	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010; ISA ¹ ; Matud et al., 2001; Jory, 2004
- Exige conocer hasta lo más privado, sin respetar la intimidad	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
- Te pone condiciones inaceptables para que evites ser “castigada”	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
- Utiliza la estrategia de echarte o irse cuando se enfada, sabiendo que lo pasarás tan mal, que cuando reinicie la relación, accederás a lo que él quiera	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
- Interrumpe la relación como forma de castigo, para después volver con más “poder”	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
- Mi pareja exige que me quede en casa cuidando a los niños	ISA ¹
- Mi pareja es un mandón y me da órdenes constantemente	ISA ¹
- ¿Te ha seguido o espiado, dejado notas amenazantes o mensajes en el contestador automático; ha destruido alguna de tus cosas/objetos; o te ha llamado cuando tú no querías que lo hiciera?	DA ²
 AISLAMIENTO SOCIAL Y FAMILIAR	
- I feel restricted in obtaining employment and working outside the home - I feel restricted in not being able to improve myself through education or other positive experiences - Mi pareja cree que no debería trabajar o estudiar - No quiere que estudie o haga actividades que la promocionen - Intenta evitar que haga cosas que le puedan ayudar a sí misma	McNamara, et al., 2000; ISA ¹ ; Matud et al., 2001
- I feel restricted in pursuing recreational activities (e.g., sports, hobbies)	McNamara, et al., 2000

(Cont.)

 AISLAMIENTO SOCIAL Y FAMILIAR 	
<ul style="list-style-type: none"> - Aislar o retener a la víctima - No le permite salir de casa cuando quiere hacerlo - Retención en el hogar 	Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009, modificado; Matud et al., 2001
<ul style="list-style-type: none"> - Does your partner or spouse try to keep you away from your family or friends? - My partner tries to isolate me from family and friends - Have you experienced anybody systematically and by threat or force trying to limit your contacts with others or totally control what you may and may not do? - I feel restricted in having enough social contact with family and friends - I feel restricted in participating in daily contact with other people. - ¿Le impide ver a la familia o tener relaciones con amigos y/o vecinos...? - Te prohíbe relacionarte con tu familia de origen, amig@s, compañer@s o gente de tu entorno - Mi pareja no quiere que me relacione con mis amigas u otras personas cercanas (por ejemplo mi familia, vecinas/os o compañera/os de trabajo) - No quiere que salga con mis amigas - Intenta que no vea o hable con su familia - Interfiere en su relación con otros miembros de la familia 	Rhodes, et al., 2002; Jory, 2004; Nor Void, 2003; McNamara, et al., 2000; Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009, modificado; (EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010; ISA ¹ ; Matud et al., 2001
<ul style="list-style-type: none"> - Te impide llevar a cabo actividades que supongan salir fuera del hogar (trabajar, estudiar, etc.) - No le deja trabajar fuera de casa 	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010; Matud et al., 2001
<ul style="list-style-type: none"> - Te deja encerrada en la casa 	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
<ul style="list-style-type: none"> - Genera situaciones que te resultan incómodas y violentas cuando estás con tu familia, amigos o gente de tu entorno para lograr que seas aparentemente tú quien se aleje, por evitación de tales situaciones 	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
<ul style="list-style-type: none"> - Monta broncas o se muestra irritable cada vez que te relacionas, por causas aparentemente ajenas al hecho. 	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
<ul style="list-style-type: none"> - Genera situaciones incómodas para lograr que sean los demás los que se alejen 	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010

(Cont.)

ASLAMIENTO SOCIAL Y FAMILIAR	
- Sabotea los actos que suponen reunirse con familiares o amigos, poniéndose enfermo o creando conflictos horas antes	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
- Te hace sentir que “relacionarte” con los demás es “abandonarle”	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
- Te hace sentir que no tienes consideración con él o que no te importan sus sentimientos si no renuncias a tus relaciones sociales	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
- Acabas por relacionarte con los demás a escondidas o procurando que no se entere para evitar conflictos	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
HUMILLACIONES, INSULTOS Y DESVALORIZACIONES	
<ul style="list-style-type: none"> - Does someone close to you sometimes say insulting things or threaten you? - ¿Le insulta o amenaza? - Insultos y amenazas - Le ha insultado 	Rhodes, et al., 2002; Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009; modificado; Echeburúa y Corral, 1998; GENACIS, 2004
<ul style="list-style-type: none"> - Have you experienced anybody systematically and for any longer period trying to repress, degrade or humiliate you? - Humillar (a solas o delante de otras personas) - Te humilla en publico criticándote o rebajándote - Mi pareja me insulta o me avergüenza delante de los demás - Le insulta o hiere delante de otras personas 	Nord Vold , 2003; Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009, modificado; (EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010; ISA ¹ ; Matud et al., 2001
<ul style="list-style-type: none"> - Insultar - Se dirige a tí con sobrenombres degradantes o insultos - Le ha insultado 	Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009, modificado; Servicio Murciano de Salud, 2010; GENACIS, 2004

(Cont.)

HUMILLACIONES, INSULTOS Y DESVALORIZACIONES	
<ul style="list-style-type: none"> - ¿Le descalifica, infravalora o se mofa de sus actuaciones? - Minusvalorar, descalificar o mostrar indiferencia - Mi pareja me hace sentirme inferior (por ejemplo me dice que no valgo para nada o que no hago nada bien) - Mi pareja no me valora intelectualmente (por ejemplo me dice que no sé nada, que me calle, que soy tonta, etc) - Humillación y desvalorización 	Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009, modificado; ISA ¹ ; Echeburúa y Corral, 1998
<ul style="list-style-type: none"> - Te grita y/o insulta - A veces grita con gestos o expresiones que te asustan - Mi pareja me chilla y me grita por cualquier motivo - Le grita o chilla 	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010; ISA; Matud et al., 2001
<ul style="list-style-type: none"> - Te trata como inferior o estúpida, como si no valieras para nada - Mi pareja me trata como si fuera idiota - Le trata como si fuese boba - Le trata como si fuese inferior 	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010; ISA ¹ ; Matud et al., 2001
<ul style="list-style-type: none"> - Critica o ignora sistemáticamente tus opiniones 	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
<ul style="list-style-type: none"> - Encuentra defectos en todas tus actuaciones 	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
<ul style="list-style-type: none"> - Insulta tu apariencia física, tratando de hacerte sentir poco atractiva, demasiado provocadora, etc - Mi pareja me dice que soy fea y poco atractiva - Degrada su apariencia física 	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010; ISA ¹ ; Matud et al., 2001
<ul style="list-style-type: none"> - Te dice que estás trastornada, loca o enferma. Por esa razón, has llegado a sentirte confundida y dudar de tu estado mental - Intenta hacer que se sienta como si estuviera loca 	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010; Matud et al., 2001
<ul style="list-style-type: none"> - Tergiversa los argumentos de tal modo que tú aparezcas como culpable de todo lo negativo que sucede, incluso de hechos imprevisibles 	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010

(Cont.)

HUMILLACIONES, INSULTOS Y DESVALORIZACIONES	
- Se burla y/o ríe de ti de manera irónica o hiriente	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
- Te compara con otras personas, dejándote en inferioridad	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
- Manifiesta desprecio y burla hacia tu familia de origen, tu lugar de procedencia, tu status o circunstancias anteriores de matrimonio	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
- Te ignora, no te contesta, actúa como si no existieras	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010; Matud et al., 2001
- No le habla o actúa como si no existiese	
- No valora ni reconoce tus cualidades, tus aciertos, tus logros, tu valía	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010; McNamara, et al., 2000; Jory, 2004
- I feel unappreciated in my intimate relationships	
- My partner is unwilling to adapt to my needs and expectations	
- Nunca agradece la ayuda que le prestas ni valora los detalles que tienes con él	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
- ¿Le desautoriza completamente en presencia de sus hijos, invitándoles a no tenerle en cuenta?	Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009, modificado
- Mi pareja no respeta mis sentimientos, decisiones y opiniones	ISA ¹
AMENAZAS	
- Amenazar a la víctima (de muerte, con llevarse a sus hijos,...)	Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009, modificado; (EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010; DA ² ; Matud et al., 2001
- Te amenaza con quitarte a l@s hij@s	
- ¿Ha amenazado con dañar a tu/s hijo/s?	
- Amenaza con quitarle a los niños	
- Have you experienced living in fear because somebody systematically and for a longer period has threatened you or somebody close to you?	Nord Vold, 2003
- Mi pareja me amenaza con un objeto o arma (por ejemplo un cuchillo)	ISA ¹ ; Matud et al., 2001
- Le amenaza con cuchillos y objetos punzantes	
- Te amenaza con echarte de casa	Servicio Murciano de Salud, 2010
- Te dice que todo el patrimonio es suyo y que si no accedes a sus deseos, lo perderás	Servicio Murciano de Salud, 2010

(Cont.)

AMENAZAS	
- Te amenaza con matarte	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010; DA ²
- ¿Te amenaza de muerte?	
- Te advierte con que lo vas a pagar o amenaza con hacerte daño si no haces lo que él te dice o le llevas la contraria	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
- Amenazas/Amenazas con arma	GENACIS, 2004
- ¿Te ha seguido o espiado, dejado notas amenazantes o mensajes en el contestador automático; ha destruido alguna de tus cosas/objetos; o te ha llamado cuando tú no querías que lo hiciera?	DA ²
- Amenaza con enviarle a un hospital mental	Matud et al., 2001
- Amenaza con herirla o apuñalarla	Matud et al., 2001
ABANDONO AFECTIVO	
- Rechaza cualquier expresión de afecto de manera directa o con excusas y culpabilizándote	Jory, 2004
- My partner withholds affection unless it would benefit her or him	
- Nunca expresa afecto, cariño o ternura	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010; Jory, 2004
- My partner is more insensitive than caring	
- Nunca permite momentos de complicidad y/o de comprensión	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
- Cuando estás enferma, no se interesa, te deja sola para acudir a actividades que podría eludir, no te pregunta cómo estás	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
- No tiene ningún gesto de solidaridad cuando estás enferma o sobrecargada	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
- No habla de cómo se siente usted	Matud et al., 2001
MANIPULACIÓN	
- Justifica el modo de tratarte tratando de convencerte y hacerte creer que tú te lo mereces	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
- Te critica y/o se muestra decepcionado para chantajearte y lograr que seas y te comportes como él quiere	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010

(Cont.)

MANIPULACIÓN	
- Te culpa y responsabiliza, hasta llegar a convencerte de todos los problemas de la pareja	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010; Matud et al., 2001
- Le echa la culpa de sus propios problemas	
- Le acusa de causar la conducta violenta	
- Le echa a usted la culpa cuando está alterado, aunque no tenga nada que ver con usted	
- Mal interpreta tu comportamiento y, aunque tú sabes que tus intenciones no eran malas, logra que te sientas culpable	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
- Utiliza la aprobación, la amabilidad o el afecto como premio o castigo	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
- Trata de convencerte de que le debes tu calidad de vida y status	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
- Utiliza largos monólogos y técnicas de lavado de cerebro hasta llegar a confundirte	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
- Llega a convencerte de que sin él no saldrás adelante en la vida	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010; ISA ¹ ; Matud et al., 2001
- Mi pareja me dice que no podría arreglármelas o cuidar de mí misma sin él	
- Le dice que no podría cuidar de sí misma sin él	
- Mi pareja se enfada mucho si no estoy de acuerdo con él	ISA ¹
- Saca algo del pasado para herirla	Matud et al., 2001
- Le dice que sus sentimientos fueron irracionales	Matud et al., 2001
- Intenta convencer a sus amigos, familia o hijos de que usted estaba loca	Matud et al., 2001
CHANTAJE EMOCIONAL	
- Culpabilizar y chantajear emocionalmente	Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009, modificado
- Manifiesta reiteradamente lo desdichado que es, con el propósito de infundir lástima hacia él para lograr que hagas cosas que no querías hacer	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
- Te induce sentimientos de pena hacia él, insistiendo en argumentos tales como sus dolencias, su infancia desdichada, etc.	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010

(Cont.)

CHANTAJE EMOCIONAL	
- Adopta actitudes de victimismo injustificado	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
- Amenaza con suicidarse si te planteas dejarle	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
- Te dice que te quiere tanto que no podría soportar que te alejaras	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
- Se autolesiona	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
- Expresa dependencia	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
- Se muestra desvalido	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
- ¿Alguna vez ha amenazado o intentado suicidarse?	DA ²
MALTRATO AMBIENTAL	
- Daña o destruye aquello que tiene valor afectivo para ti (animales, fotos, objetos, recuerdos, etc.)	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
- Altera tu sueño o descanso haciendo ruido de manera intencionada	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
- Romper objetos de la casa	Echeburúa y Corral, 1998
- Lanzar objetos por la ventana	Echeburúa y Corral, 1998
- Conduce de manera temeraria poniendo en riesgo la seguridad de la familia con intención de provocar miedo o para justificar “lo nervioso que le pones”	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
- Te maneja con gestos y miradas que te atemorizan	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010

(Cont.)

ABUSO SOCIAL	
- Te impide acompañarle en actividades que impliquen relaciones sociales	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
- Te obliga a relacionarte socialmente con quien tú no deseas, su familia, amigos, gente del entorno laboral, etc.	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
- En reuniones sociales, impone la hora en que os tenéis que ir, te prohíbe hablar de ciertos temas, te impide bailar o divertirse, etc	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
- Cuando escucha datos relacionados con malos tratos a mujeres dice frases que indirectamente van dirigidas a ti, tales como “a esa había que matarla”, “Si me lo hiciera a mí, se iba a enterar”	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
VIOLENCIA FÍSICA	
- En este último año, ¿ha incrementado la gravedad de la violencia física o es más frecuente?	DA ²
- Are you in a relationship with someone who has pushed, hit, kicked, or otherwise physically hurt you?	Rhodes, et al., 2002
- Sometimes my partner physically hurts me	Jory, 2004; (EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
- Alguna vez ha cometido algún tipo de agresión física contra ti	
- Have you experienced anybody hitting you, smacking your face or holding you firmly against your will?	Nor Void, 2003
- Have you experienced anybody hitting you with his/her fist(s) or with a hard object, kicking you, pushing you violently, giving you a beating, thrashing you or doing anything similar to you?	Nor Void, 2003; GENACIS, 2004
- Agresión con arma	
- Have you experienced anybody threatening your life by, for instance, trying to strangle you, showing a weapon or knife or by any other similar act?	Nor Void, 2003; Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009, modificado; Echeburúa y Corral, 1998; (EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010; DA español; Matud et al., 2001
- Estrangular	
- Estrangulamientos	
- Intentos de estrangulamiento	
- ¿Ha intentado estrangularte alguna vez?	
- Intenta asfixiarla o estrangularla	

(Cont.)

VIOLENCIA FÍSICA	
<ul style="list-style-type: none"> - Cuando se enfada, ¿llega a empujar o golpear? - Zarandear y empujar - Empujón, zarandeo - Empujones - Le empuja o parta violentamente 	Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009, modificado; (EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010; GENACIS, 2004; Echeburúa y Corral, 1998; Matud et al., 2001
<ul style="list-style-type: none"> - Golpear (abofetear, dar puñetazos) - Bofetadas - Mi pareja me da puñetazos - Puñetazos - Mi pareja me da bofetadas en la cara y la cabeza - Le golpea en la cabeza y/o cara 	Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009, modificado; (EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010; ISA ¹ ; Matud et al., 2001; Echeburúa y Corral, 1998
<ul style="list-style-type: none"> - Morder o arañar - Mordiscos - Dar patadas - Patadas - Le tira al suelo, le da patadas y/o la pisa - Le muerde o araña tan fuerte que sangra o le hace moretones 	Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009, modificado; Echeburúa y Corral, 1998; (EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010; GENACIS, 2004; Matud et al., 2001; Echeburúa y Corral, 1998
<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar armas contra la víctima (apuñalar, disparar, lanzar objetos contra la víctima, etc) - Agresiones con objetos - Lanzamiento de objetos/ golpes con objetos - ¿Ha usado alguna vez un arma contra ti o te ha amenazado de muerte con un arma? - Le lanza objetos peligrosos - Le pincha o golpea con objetos punzantes - Arma blanca - Arma de fuego - Objeto contundente 	Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009, modificado; (EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010; GENACIS, 2004; DA ² ; Matud et al., 2001; Echeburúa y Corral, 1998

(Cont.)

VIOLENCIA FÍSICA	
- Intentar asesinar	Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009, modificado
- Obligar a la víctima a drogarse	Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009, modificado
- Quemaduras	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
- Mi pareja me pega tan fuerte que debo buscar asistencia médica	ISA ¹ ; Matud et al., 2001
- Le golpea tan fuerte que precisa asistencia médica	
- Mi pareja se pone agresiva conmigo cuando bebe	ISA ¹
- Mi pareja actúa como si quisiera matarme	ISA ¹
- Agarrón	GENACIS, 2004
- Paliza	GENACIS, 2004
- Le pega o pellizca en el cuerpo y/o los brazos	Matud et al., 2004
- Tu pareja o ex pareja ¿tiene un arma?	DA ²
- ¿Ha sido alguna vez golpeada por él durante el embarazo?	DA ²
- Is there a handgun in your home or car?	Rhodes et al., 2002
- Le golpea la cara tan fuerte que hace que se avergüence de que la vean	Matud et al., 2001
- Le tira del pelo	Matud et al., 2001
- Fracturas	Echeburúa y Corral, 1998
VIOLENCIA SEXUAL	
- Have you ever been made to have sex when you didn't want to?	Rhodes, et al.2002; Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009, modificado; ISA ¹ ; DA ² ; Matud et al., 2001; GENACIS, 2004
- Violar	
- Mi pareja exige que tengamos relaciones sexuales sin tener en cuenta si yo quiero o no	
- ¿Te ha forzado alguna vez a tener relaciones sexuales aunque tú no lo desearas?	
- Le fuerza físicamente a tener relaciones sexuales	
- Desde que Ud. cumplió los 16 años, ¿en alguna ocasión alguien le obligó a mantener cualquier tipo de relación sexual a la que Ud. en realidad se opusiese?	

(Cont.)

VIOLENCIA SEXUAL	
- Agresiones sexuales	Echeburúa y Corral, 1998
- Have you in any other way been sexually humiliated; e.g. by being forced to watch a porno movie or similar against your will, forced to participate in a porno movie or similar, forced to show your body naked or forced to watch when somebody else showed his/her body naked?	Nor Void, 2003
- Has anybody against your will touched your genitals, used your body to satisfy him/herself sexually or forced you to touch anybody else's genitals?	Nor Void, 2003
- Has anybody against your will put his penis into your vagina, mouth or rectum or tried any of this; put in or tried to put an object or other part of the body into your vagina, mouth or rectum?/	Nor Void, 2003);
- Te obliga a prácticas sexuales no deseadas por tí - Mi pareja e hace realizar actos sexuales que no me gustan o con los cuales no disfruto	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010; ISA ¹
- ¿Insiste en tener relaciones sexuales aunque usted no tenga ganas? - Exigir a la víctima mantener relaciones sexuales - Te exige mantener relaciones sexuales aunque tú no lo desees	Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009, modificado; (EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
- Transmitir enfermedades sexuales	Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009, modificado
- Para conseguir tener relaciones sexuales contigo cuando tú no lo desees, pone en práctica estrategias de coacción tales como: <ul style="list-style-type: none"> • Te acusa de anticuada, estrecha, fría, etc • Pone en duda tus sentimientos por él • Te avergüenza haciéndote sentir como un bicho raro • Amenaza con buscarse a otras para conseguir lo que tú no le das 	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
- My partner threatened to have sex with another woman if I did not have sex with him	
- Se pone irritable, agresivo o violento si no accede a mantener relaciones sexuales	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
- Te requiere sexualmente en momentos o lugares inapropiados (después de una agresión, cuando está enferma, etc.) - Te obliga a tener relaciones sexuales después de un episodio de violencia física	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010

(Cont.)

VIOLENCIA SEXUAL	
- Te compara con otras mujeres en el aspecto sexual, para humillarte	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
- Se ocupa de su propio placer, sin tener en cuenta tus necesidades	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
- Es desconsiderado y/o violento cuando mantenéis relaciones sexuales	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010; Matud et al., 2001
- Le hace daño cuando tienen relaciones sexuales	
- Lastima su pecho y/o genitales	Matud et al., 2001
MALTRATO ECONÓMICO	
- Mi pareja es tacaña a la hora de darme dinero para los asuntos de la casa	ISA ¹
- ¿Le quita el dinero que gana o no le da lo que precisa para las necesidades básicas de la familia?	Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009, modificado; (EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010; ISA ¹
- Te impide administrar tu propio sueldo o patrimonio	
- Mi pareja controla lo que gasto y a menudo se queja de que gasto demasiado (por ejemplo en ropa, teléfono, etc)	
- Controlar el dinero y someter a penurias económicas a la víctima	Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009, modificado; (EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010; Echeburúa y Corral, 1998
- Dispone del dinero para sus propios intereses, a costa de producir situaciones de carencia a la familia	
- Penurias económicas	
- Despilfarra los recursos familiares	
- Administra los recursos económicos sin consultarte ni dar cuentas	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010; Matud et al., 2001
- Usa su dinero o toma decisiones económicas importantes sin consultarle	
- Te obliga a asumir las cargas económicas del hogar y la familia	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
- Miente u oculta recursos e ingresos	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
- Hace la compra para no facilitarte dinero en efectivo	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
- Se endeuda o vende pertenencias sin tu conocimiento o consentimiento	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010

(Cont.)

PERCEPCIÓN DE INSEGURIDAD/MIEDO	
<ul style="list-style-type: none"> - Have you experienced living in fear because somebody systematically and for a longer period has threatened you or somebody close to you? - Is there someone you are afraid to disagree with because they might hurt you or other family members? - It is hard to disagree with my partner because she or he gets angry - My partner retaliates when I disagree with him or her - Se enfada mucho si se muestra en desacuerdo con sus puntos de vista 	Nord Vold, 2003; Rhodes, et al., 2002; Jory, 2004; Matud et al., 2001
<ul style="list-style-type: none"> - ¿En ciertas ocasiones le produce miedo? - Mi pareja me asusta y me da miedo - I feel scared in my intimate relationships 	Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009, modificado; ISA ¹ ; McNamara, et al., 2000
<ul style="list-style-type: none"> - No te atreves a decirle lo que sientes 	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
<ul style="list-style-type: none"> - No te atreves a ser tu misma cuando está él 	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
<ul style="list-style-type: none"> - Has llegado a tenerle miedo cuando está enfadado o irritable 	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
<ul style="list-style-type: none"> - Aunque no emite amenazas de manera directa, le crees capaz de cualquier cosa y le temes 	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010
<ul style="list-style-type: none"> - ¿Crees que es capaz de matarte? - Actúa como si quisiera matarla 	DA ² ; Matud et al., 2001
<ul style="list-style-type: none"> - Le hace temer por su vida 	Matud et al., 2001
<ul style="list-style-type: none"> - Mi pareja se enfada y se pone irritable cuando le digo que está bebiendo demasiado 	ISA ¹
<ul style="list-style-type: none"> - ¿En alguna ocasión ha sentido que su vida estaba en peligro? En caso afirmativo, ¿cuándo? 	Echeburúa y Corral, 1998

(Cont.)

ESTEREOTIPOS DE GÉNERO	
- A mi pareja le molesta mucho que la cena, las tareas de la casa o la colada no estén para cuando él piensa que deberían estarlo	ISA ¹ ; Matud et al., 2001
- Se altera si no está hecho el trabajo de la casa cuando piensa que debería estarlo	
- Degrada cómo cuida los niños	Matud et al., 2001
- Critica su forma de llevar la casa	Matud et al., 2001
- Actúa como si fuera su criada	Matud et al., 2001; ISA ¹
- Le manda en todo	
- Mi pareja actúa como si yo fuera su criada personal	
- No hace un reparto justo de las tareas de la casa	Matud et al., 2001
- No hace un reparto justo del cuidado de los niños	
- Le exige que se quede en casa cuidando de los niños	Matud et al., 2001
CONDUCTAS SUICIDAS	
- In the past 12 months, have you ever felt so low that you thought about harming yourself or committing suicide?	Rhodes, et al., 2002
- ¿Has amenazado o intentado suicidarte?	DA ²
CONSUMO DE DROGAS POR PARTE DEL MALTRATADOR	
- ¿Es consumidor habitual de drogas ilegales? Por drogas me refiero a “estimulantes” o anfetaminas, speed, polvo de ángel, cocaína, “crack” o mezclas?	DA ²
- ¿Es alcohólico o tienes problemas con la bebida?	DA ²
- Mi pareja se enfada y se pone intratable cuando le digo que está bebiendo demasiado	ISA ¹
ABUSO EN EL SISTEMA SANITARIO	
- Have you ever felt offended or grossly degraded while visiting health services, felt that someone exercised blackmail against you or did not show respect for your opinion –in such a way that you were later disturbed by or suffered from the experience?	NorVoid, 2003
- Have you ever experienced that a “normal” event, while visiting health services suddenly became a really terrible and insulting experience, without you fully knowing how this could happen?	NorVoid, 2003

(Cont.)

ABUSO EN EL SISTEMA SANITARIO	
- Have you experienced anybody in health service purposely –as you understood–hurting you physically or mentally, grossly violating you or using your body to your disadvantage for his/her own purpose?	NorVoid, 2003
OTRAS	
I feel trapped in my intimate relationships	McNamara, et al.,2000
I feel unloved in my intimate relationships	McNamara, et al.,2000
I feel unfulfilled in my intimate relationships	McNamara, et al.,2000
I feel inadequate in my intimate relationships	McNamara, et al.,2000
I feel unneeded in my intimate relationships	McNamara, et al.,2000
I feel unhappy in my intimate relationships.	McNamara, et al.,2000
I feel like I'm not going anywhere with my life	McNamara, et al.,2000
I believe I am unattractive	McNamara, et al.,2000
I believe I have a weight problem.	McNamara, et al.,2000
I believe I am not in good physical condition	McNamara, et al.,2000
I believe I take too many drugs	McNamara, et al.,2000
I believe I smoke too much	McNamara, et al.,2000
I believe I drink too much alcohol.	McNamara, et al.,2000
I believe my health is deteriorating.	McNamara, et al.,2000
I believe I don't enjoy life as much as I could	McNamara, et al.,2000
I believe I worry too much	McNamara, et al.,2000
I believe I'm often depressed	McNamara, et al.,2000
I believe I'm too often anxious	McNamara, et al.,2000
I believe I experience too much physical pain	McNamara, et al.,2000
I believe I experience too much psychological distress	McNamara, et al.,2000
I believe my personal safety is in jeopardy	McNamara, et al.,2000
I believe I'm not as good as everybody else	McNamara, et al.,2000
Have you every physically hurt someone close to you?	Rhodes, et al.,2002

(Cont.)

OTRAS	
Are you worried that you might physically hurt someone close to you?	Rhodes, et al., 2002
Have you ever witnessed or taken part in any argument or fight where someone had a gun or knife?	Rhodes, et al., 2002
My partner is always trying to change me	Jory, 2004
Nunca pide disculpas My partner never admits when she or he is wrong	(EDAM) Servicio Murciano de Salud, 2010; Rhodes, et al., 2002
Mi pareja no es una persona amable	ISA ¹
Se ha negado a hablar sobre algún problema o le ha contestado de malas maneras al intentarlo Vd. My partner refuses to talk about problems that make him or her look bad	GENACIS, 2004; Jory, 2004
Se ha marchado de malas formas de su casa, habitación o donde se encontraran	GENACIS, 2004
Le ha dicho o hecho algo con la intención de enfadarle	GENACIS, 2004
¿Lo has abandonado después de haber convivido juntos durante el año pasado?	DA ²
¿Está desempleado (no trabaja)?	DA ²
¿Se ha escapado, incumplido una orden de alejamiento o evitado que lo detengan por violencia doméstica?	DA ²
¿Tienes un hijo/a que no es suyo?	DA ²
My partner resents being questioned about the way he or she treats me	Jory, 2004
My partner builds himself or herself up by putting me down	Jory, 2004
My partner believes her or she has the right to force me to do things	Jory, 2004

¹ Index of Spouse Abuse (ISA) (Hudson y McIntosh, 1991, validado por el Observatorio de Salud de la Mujer)

² Dangerous Assessment Tool (DA) (Campbell, 2004, adaptación al español de A. Andrés Pueyo, GEAV-UB)

Anexo 2. Tabla de registro de consumo de drogas

		CANTIDAD DE CONSUMO		Vía de consumo más habitual	¿Cuántas veces has intentado reducir o dejar tu consumo?	Máximo período de no consumo
		Período de CONSUMO REGULAR	Último consumo			
	EDAD Inicio consumo	Frecuencia 1.Menos de una vez al año 2.Pocas veces al año 3.Pocas veces al mes 4.fines de semana 5. Cuatro o cinco veces por semana 6.Cada día	Cantidad consumida <i>(especifica al día, a la semana,...)</i>	Responde en número de días, meses, años	Responde con un NÚMERO	Duración mayor (nº de días, meses o años) de tiempo sin consumir
Tabaco						
Alcohol						
Cannabis						
Anfetaminas						
MDMA (Éxtasis)						
Cocaína						
Heroína						